

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

Evolución del episodio depresivo mayor

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

María Dolores López Ruipérez

Madrid, 2015

R. 16.912

R 516.89-008.959
LOP

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Medicina

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica

BIBLIOTECA UCM



5301479641



EVOLUCION DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR



Biblioteca
de Medicina

María Dolores López Ruipérez

Madrid, 1989

Colección Tesis Doctorales. N.º 212/89

© María Dolores López Ruipérez

X-53-117547-1

Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía
Escuela de Estomatología. Ciudad Universitaria
Madrid, 1989

Ricoh 3700

Depósito Legal: M-26504-1989

MARIA DOLORES LOPEZ RUIPEREZ

EVOLUCION DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

Director: Jose Maria Civeira Murillo
Profesor Titular

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica
Facultad de Medicina
1988

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

Quiero manifestar mi gratitud y reconocimiento a las siguientes personas que, de forma diversa, han contribuido a la realización del presente trabajo.

Al prof. Alonso-Fernandez por el apoyo que me ha prestado en mi incorporación al departamento de psiquiatría con el fin de formarme en la especialidad.

Al prof. Civeira Murillo por su estímulo, orientación y ayuda, especialmente en el diseño y realización del análisis estadístico de datos y en su interpretación.

A la Dra. Montejo por sus consejos y bibliografía y al Dr. Alvarez por su aportación en la configuración de la idea directriz de este trabajo.

A todo el departamento de psiquiatría y en especial a los pacientes, sin los cuales no se podría haber llevado a cabo el presente estudio.

A toda mi familia, sobre todo a mis hermanos y entre ellos a Pedro por su colaboración en la transcripción e impresión del trabajo.

INDICE

INDICE

	page.
I. <u>INTRODUCCION</u>	
1. GENERALIDADES	2
2. CONCEPTO DE SINDROME DEPRESIVO	
A) Evolución histórica	12
B) Concepto actual de depresión	14
3. EPIDEMIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO. POBLACION DE ALTO RIESGO	
A) Datos epidemiológicos	16
B) Factores de riesgo	17
C) Población de alto riesgo	20
4. DIAGNOSTICO DEL EPISODIO DEPRESIVO	
A) ICD-9	21
B) DSM-III	27
C) ICD-10	38
D) DSM-R	44
5. EVOLUCION DE LA DEPRESION	47
6. INDICADORES SANITARIOS DEL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION	
A) Tratamiento hospitalario en Madrid	57
B) Tratamiento ambulatorio	64
7. ASPECTOS TERAPEUTICOS DE LAS DEPRESIONES	
A) Prevención y asistencia psiquiátrica	66
B) Elección de tratamiento	69

VIII

C) Antidepresivos tricíclicos	
- Estructura química	74
- Farmacocinética	76
- Dosificación	77
- Toxicidad y efectos secundarios	79
- Resistencia	80
- Profilaxis Depresión Mayor Recurrente	82
D) Nuevos antidepresivos	84
E) Profilaxis de los Trast. Dep. Bipolares	86
F) Psicoterapia	89
G) Socioterapia	92
H) Hospitalización	93
8. INADECUACION DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO	96
A) Motivos	
- Desacierto en el diagnóstico	97
- Visita al médico no especialista	97
- Prescripción inadecuada de psicofármacos	
Ausencia de tratamiento	100
- Dosificación ineficaz	102
- Abandono del tratamiento	104
B) Consecuencias	
- Suicidio	108
- Encronización	109
- Otras	110
II. <u>OBJETIVOS</u>	112

IX

III. MATERIAL Y METODOS

- Recogida de datos	115
- Variables	116
- Manejo de los datos	117
- Apéndice: cuestionario	120

IV. RESULTADOS

1. DESCRIPCION DE LA MUESTRA

A) Grupo total de enfermos	136
B) Descripción de enfermos bipolares	140
C) Enfermos monopolares recurrentes	142
D) Pacientes en primer episodio	144

2. DATOS DEMOGRAFICOS

148

3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

- Edad de comienzo	150
- Nº de fases depresivas y maniacas	150

4. HISTORIA DEL EPISODIO DEPRESIVO ACTUAL

A) Línea base de partida: tto. intercrisis	152
B) Evolución del episodio antes de la hospitalización	
- Tiempo de evolución del episodio	155
- Forma de comienzo	155
- Momento de acudir al médico	155
- Motivo de la primera consulta	157
- Primer tratamiento ambulatorio	157
- Segundo tratamiento ambulatorio	161
- Tercer tratamiento ambulatorio	162

X

C) Tratamiento hospitalario	
- Motivo de ingreso	164
- Via de ingreso	164
- Indice de gravedad al ingreso	164
- Primer tratamiento hospitalario	165
- Segundo tratamiento hospitalario	166
- Tercer tratamiento hospitalario	167
- Duración del ingreso	167
5. ANALISIS DEL TIEMPO DE EVOLUCION DEL EP. DEPRESIVO	170
6. PECULIARIDADES CLINICAS	176
7. ESTUDIO DE CORRELACIONES	
A) Simples	181
B) Múltiples	184
8. GRUPOS DE RIESGO	187
V. <u>DISCUSION</u>	189
1. ASPECTOS GENERALES	190
2. DISCUSION SOBRE LOS TRATAMIENTOS RECIBIDOS	201
3. HETEROGENEIDAD DE LA MUESTRA	206
4. GRUPOS DE RIESGO	209
5. DISCUSION SOBRE LA HOSPITALIZACION	210
VI. <u>CONCLUSIONES</u>	214
VII. <u>BIBLIOGRAFIA</u>	218

I. INTRODUCCION

1. GENERALIDADES

El término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma puede acompañar a otros trastornos psicopatológicos primarios; como síndrome agrupa una serie de procesos caracterizados por el hundimiento energético-vital, el humor depresivo, el descenso de la comunicación y la alteración de los ritmos afectivos y biológicos (Alonso Fernandez, 1988), y como enfermedad, desde la óptica del modelo médico, se observa como un trastorno de origen biológico en el que pueden delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico (Vallejo, 1985).

Weissman (1977) divide los trabajos publicados hasta entonces sobre depresión en tres grandes grupos de cuadros clínicos: por un lado los enfermos bipolares, caracterizados por la sucesión de episodios de depresión y de episodios de exaltación del estado de ánimo o manía; los enfermos monopolares o pacientes con uno o más episodios pero siempre depresivos y por último el espectro de síndromes con sintomatología depresiva que fundamentalmente habrán sido identificados a través de estudios epidemiológicos y con distintos instrumentos, escalas y cuestionarios elaborados al respecto.

La frecuencia de la depresión en la población general oscila entre un 3 y un 4% (Sartorius, 1986). Aumenta entre los

enfermos que acuden al médico de asistencia primaria a un 10-20% y llega hasta un 50% del total de consultas psiquiátricas ambulatorias. Además, en los últimos años, se está observando un aumento en la morbilidad de los trastornos depresivos.

En España, en el momento actual, podemos identificar un sector de la población más vulnerable a padecer un episodio depresivo: mujer en la cuarta década de la vida (Sanchez, 1986; Civeira, 1987), ama de casa, con antecedentes familiares de alcoholismo y/o depresión, personalidad melancólica y que ha tenido una pérdida personal reciente.

La depresión junto con la esquizofrenia son los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes entre los pacientes ingresados en los hospitales de corta estancia. Observamos como muchos de los pacientes que acudían a nuestras consultas o ingresaban en nuestra planta, eran pacientes que no habían tenido tratamiento antidepresivo ambulatorio o este no había sido correcto según las pautas descritas en múltiples manuales y trabajos publicados al respecto. Todo ello nos ha llevado a plantearnos los siguientes interrogantes: ¿influye en la evolución del episodio depresivo el hecho de haber llevado o no un correcto tratamiento ambulatorio?; ¿se podrían evitar los ingresos psiquiátricos o por lo menos la mayoría de ellos con un correcto tratamiento ambulatorio, o son otros factores los que van a motivar el ingreso?.

Es esencial tener conocimientos psiquiátricos (ya que con frecuencia los pacientes acuden al médico general) y criterios

diagnósticos para la selección de psicofármacos adecuados y/o intervención psicoterápica (Schulberg y col., 1987). Ya que diagnósticos no definidos con exactitud y prescripciones erróneas aumentan el riesgo de suicidio (Gullick y King, 1978; Sainsbury, 1982) y el de encronización de la depresión (Weissman y col., 1977). Además, el riesgo de suicidio en algunas depresiones es aproximadamente del 15% y un factor predisponente es la soledad. Un alto porcentaje de enfermos visita a su médico antes del intento de suicidio, y no son correctamente identificados.

En el estudio de la evolución de la depresión nos encontramos con una terrible ironía. Disponemos de tratamiento efectivo, pero el uso de los fármacos ha modificado tanto la historia natural de la enfermedad que esta nos resulta actualmente desconocida (Goodwin, 1984).

Es muy difícil encontrar muestras suficientemente homogéneas en las que el conjunto de pacientes tengan características que permitan compararlos y extraer una doctrina coherente sobre su historia natural y evolución en el tiempo de las depresiones (Civeira y col., 1986).

Sabemos que la aparición de sintomatología psicótica ensombrece el pronóstico a corto plazo (Alonso Fernandez, 1984) y que es distinto el curso de la enfermedad en el trastorno afectivo bipolar que en el unipolar y que estos a su vez, están mediatizados por la carga familiar de depresión.

Otro tema importante a considerar, es la aparición de acontecimientos vitales y factores estresantes crónicos que van a precipitar la enfermedad y condicionar una evolución desfavorable durante el tratamiento, con mayor riesgo de recaídas.

Hoy en día no podemos dejar de mencionar la encronización de la depresión, por ser un fenómeno cada vez más frecuente, ya que entre los factores que determinan la misma encontramos: el comienzo tardío de la enfermedad, acontecimientos vitales importantes, enfermedad física y marginación social.

De todas formas, la depresión es un cuadro de buen pronóstico en el que los tratamientos se han mostrado efectivos y el hecho de que algunos enfermos respondan con placebo, nos hace pensar que la historia natural de la enfermedad hace que esta enfermedad cíclica termine en un momento determinado independientemente de la aplicación de un tratamiento biológico.

Solo el 10% de los pacientes llegan a las consultas psiquiátricas y el 90% restante es tratado por el médico general u otros especialistas. Esto en parte es debido a que casi la mitad de las depresiones se presentan con síntomas corporales haciendo pensar en una enfermedad somática, e induciendo a errores diagnósticos.

Kielholz (1984) manifiesta que el 60-70% de los pacientes deprimidos responden a un primer tratamiento antidepressivo y solo un 15% van a requerir ECT o antidepressivos alternativos.

Esto suele ocurrir en pacientes con sintomatología psicótica o en los de ciclaje rápido (Leonard, 1988).

Es necesario la utilización de un antidepresivo, como primer paso, en todas las depresiones. Con una dosis adecuada que se mantiene durante aproximadamente dos semanas antes de seguir incrementándola hasta alcanzar la dosis máxima; esta, se recomienda mantenerla durante cuatro semanas antes de cambiar el tratamiento (Velasco, 1981). Tras alcanzar el éxito terapéutico, debe realizarse un tratamiento continuado durante 6-8 meses para evitar la recaída.

Esto debe de ir acompañado de psicoterapia de apoyo en una primera etapa para después centrarse en otros aspectos del enfermo, como por ejemplo intentar modificar la estructura de la personalidad (Ayuso, 1981). También es importante la labor socioterápica favoreciendo la autoestima e impidiendo la incomunicación (Alonso Fernandez, 1978).

La indicación de ingreso está reservada a pacientes con riesgo de suicidio o a la necesidad de aplicar técnicas especiales como pueda ser la TEC (delirantes, inanición continuada, fracaso farmacológico).

Muchos de los pacientes que ingresan en un hospital a causa de un episodio depresivo, son personas que no han recibido tratamiento psicofarmacológico ambulatorio adecuado y esta es la otra cara de la moneda. El tratamiento en régimen de hospitalización, puede utilizarse sin el debido rigor, antes de

emplear otros tratamientos más fáciles y menos conflictivos para el enfermo.

Analizando trabajos publicados sobre pacientes depresivos hospitalizados, existen tantas divergencias en los resultados obtenidos, que es indudable la heterogeneidad de las muestras.

En ocasiones, los pacientes no son bien diagnosticados: no están deprimidos, la depresión es un síntoma acompañante de otro proceso psicopatológico o está enmascarada por síntomas somáticos (Johnson, 1973; Ayuso y Ramos, 1984).

En múltiples estudios se ha demostrado que los pacientes con tratamiento psiquiátrico inadecuado son los que acuden con mayor frecuencia al médico y prueban más tratamientos (Weissman y col., 1981; Schulberg y col., 1987).

En muchas ocasiones, el paciente no recibe tratamiento para su depresión o recibe medicación no antidepresiva que incluso puede favorecer la encronización de la misma (Kotin y col., 1973; Johnson, 1974; Gullick y King, 1978; Weissman y col., 1981; Keller y col., 1982; Nathan y col., 1985). De los pacientes que reciben antidepresivos ambulatoriamente, una gran mayoría lo hace a dosis bajas o durante un corto espacio de tiempo (Kotin y col., 1973; Johnson, 1973-74; Keller y col., 1982; Campailla, 1985).

Hay muchos motivos por los cuales se abandona el tratamiento: mayoría clínica, falta de comunicación médico-enfermo, efectos secundarios y actitud en contra. También es

común la ingesta irregular de fármacos (Johnson, 1973; Myers y Calvert, 1984).

El tratamiento de la depresión es, sin lugar a dudas, el que se cifre más al modelo médico de tratamiento de enfermedades. Uno de los objetivos de este trabajo va a ser tomar postura ante la psiquiatría cambiante en sus últimas décadas, que se debate entre los conceptos de psiquiatría comunitaria, psiquiatría integral o de rama de la medicina, que es donde nosotros creemos que debe de estar. Es una especialidad más, al igual que otras, que debe estar dentro del sistema sanitario, contemplando algunos recursos terapéuticos especiales que pueden ser tanto de rehabilitación, de prevención, como de tratamiento, que muchas veces pueden estar ubicados fuera de los centros de salud generales y que por sus características peculiares van a atender a una población de enfermos crónicos. Pero el punto de referencia y la comprensión de todas las enfermedades mentales son una forma de patología especial, dentro del modelo general de la patología médica, que desde hace doscientos años se estudia en las facultades de medicina.

Decimos que la depresión entra de lleno y sin lugar a discusión en este modelo médico porque, si bien no conocemos todavía muchas de sus interioridades, si que sabemos que por su caracter cíclico es de buen pronóstico, que los episodios son recortados en el tiempo, que no dejan deterioro, que requiere de un diagnóstico clínico en el contexto de la entrevista

médico-enfermo, que su tratamiento va a seguir los cánones clásicos de combinación biopsicosocial, centrada en una primera fase en los fármacos como hemos visto en los estudios anteriores y en los que en muchos casos la hospitalización va a ser necesaria para aplicar técnicas que requieran un cuidado de veinticuatro horas. En este sentido, en los últimos años las campañas de prevención serían un eslabón más de aplicación práctica del conocimiento de factores de riesgo, que nos delimitan esta enfermedad como subsidiaria de una serie de etiologías, de una patogenia más o menos uniforme y con un tratamiento efectivo. La prevención demostrará que el cambio de factores de riesgo es efectivo también y que modifica pues las cifras de aparición de esta enfermedad.

Nosotros hemos elegido este tema para analizar en nuestro trabajo y optar al grado de doctor, entre otras cosas porque existe una necesidad de información clarificadora sobre como tratar a estos enfermos. Tan solo un 5% de ellos llegan al psiquiatra y la gran mayoría pasan sin diagnóstico, con un costo personal y muchas veces familiar, social e incluso económico muy importante. Pero fundamentalmente estos cuadros van a ser tratados por el médico general. Creemos que en la colaboración entre el especialista y el médico de asistencia primaria, va a estar la respuesta que un servicio de salud en la sanidad debe dar a una enfermedad que tiene tanta importancia y tanta frecuencia como esta.

Por eso este trabajo va a tener tres misiones: por un lado, una revisión bibliográfica del estado actual de la cuestión, con una toma de postura personal sobre el tipo de tratamiento ideal, la forma de hacer frente a las distintas posibilidades de evolución de los pacientes y un análisis de aquellos enfermos que no van bien en un primer momento y que por lo tanto van a requerir sucesivas intervenciones médicas.

En segundo lugar, un análisis de la realidad, lo más concreto posible, para poder definir en nuestra práctica médica actual que tipo de pacientes nos encontramos, que tipo de tratamiento reciben, que tipo de errores son los más frecuentes, que tipo de aciertos son los que hay que potenciar y que relación existe entre ese modelo teórico, el sacado de la bibliografía y de nuestra postura personal, con la práctica que en nuestro país podemos definir y sistematizar.

Finalmente y como tercer punto queremos establecer un puente entre ambos para lograr una situación de síntesis, concluyendo con medidas de intervención tanto desde el ámbito universitario como del de la política sanitaria y el estrictamente profesional de las asociaciones psiquiátricas interesadas en este tema, que propugnen y defiendan acciones concretas de integración de la medicina general y la psiquiatría en el tratamiento de estos enfermos. Estas acciones tendrán en primer lugar una faceta informativa, en segundo lugar una faceta formativa de transmisión de información concreta sobre las formas de tratamiento y los tipos clínicos

peculiares que requieren intervenciones diferenciadas y por último, los eslabones o los criterios de indicación de tratamientos específicos entre los que destacaremos con mucho más detalle, la hospitalización en una unidad breve dentro de un hospital general, que es el contexto en el que nosotros situamos la hospitalización psiquiátrica actual.

Tenemos pues, en resumen, que el campo es complejo, que nosotros nos hemos posicionado dentro del campo médico, que vamos a estudiar la evolución de un episodio depresivo, que vamos a ver la importancia del tratamiento en la desaparición o encronización de la sintomatología y vamos a proponer una serie de tratamientos ideales siguiendo las directrices de los estudios o trabajos que consideramos el punto de referencia más válido y homogéneo respecto a lo que nos hemos planteado.

2. CONCEPTO DE SINDROME DEPRESIVO

A) EVOLUCION HISTORICA

Las primeras referencias conceptuales y clínicas de la melancolía corresponden a Hipócrates. En el libro "Las Epidemias" describe un caso de melancolía con gran precisión, quedando en el Corpus Hippocraticum un *tipus melancholicus* inclinado a padecer este trastorno, de especial incidencia en primavera y otoño, cuya causa es un exceso o alteración de la bilis negra (uno de los humores básicos).

Aristóteles fue el primero en dedicar un estudio monográfico a este problema.

Areteo de Capadocia (siglo I) hizo una gran descripción de la melancolía e incluso lo relacionó con la manía. Señalando la relación entre ambas fases, así como los intervalos lúcidos.

Alejandro de Tralles en la Edad Media observó que en ocasiones prevalecen fenómenos cercanos a los estados maniacos (ansiedad, ira,...).

Thomas Willis (siglo XVII), al igual que Areteo y Alejandro de Tralles, destaca la sucesión de cuadros maniacos y melancólicos en el mismo paciente. En el mismo siglo, Burton (a través de su experiencia personal como enfermo) expuso las vivencias negativas del estado depresivo y los accesos de alegría que alternan con él.

En el siglo XVIII Andres Piquer describió la enfermedad maniaco-depresiva del rey Fernando VI y Cullen incluyó en la *Vesaniae* dos géneros principales de depresión, la manía y la melancolía.

Falret (1851) volvió a describir el cuadro, descubriendo su carácter intermitente y circular. En 1863 Kahlbaum acuñó el término de *ciclotimia*.

La denominación de PMD se debe a Kraepelin (1893), quien reunió en esta entidad clínica los cuadros de manía y melancolía, pues vio que ambas tenían rasgos comunes (trastorno de la afectividad), que habitualmente se sucedían una a otra (evolución cíclica), y que su pronóstico y evolución eran muy similares (episodios fásicos). Tras diferenciarla de la demencia precoz, enunció el término de *locura maniaco-depresiva* como categoría nosológica.

Bleuler (1924) propuso la denominación de "psicosis afectivas endógenas" ya que no todos sufrían la alternancia de una y otra fase.

Dentro de este siglo Leonhard diferencia en 1957 las formas bipolares y unipolares de la depresión. Angst y Perris subdividen el grupo en unipolares (monopolares de Leonhard) y bipolares.

En 1963 Kurt Schneider propone el término de "psicosis ciclotímicas" y en 1976 Alonso Fernandez las denomina psicosis fasotímicas (distimia vital triste o eufórica y seguir un curso fásico).

B) CONCEPTO ACTUAL DE DEPRESION

El concepto de depresión sustentado hoy, según el Prof. Alonso Fernandez (1984, 1988), se mantiene sobre estos cuatro ejes:

- Eje clínico o semiológico: abarca un espectro de síntomas agrupado, desde el punto de vista estructural del Profesor Alonso Fernandez, en cuatro sectores o dimensiones: el hundimiento energético-vital, el humor depresivo, el descenso de la comunicación y la alteración de los ritmos afectivos y biológicos.

- Eje patogénico: "constituido por la alteración del funcionamiento de los sistemas neurotransmisores, sobre todo el descenso de la actividad noradrenérgica en el cerebro, originado por la hiposensibilidad de los receptores postsinápticos".

- Eje terapéutico: "puesto que la mayor parte de las depresiones responden favorablemente a un plan de psicoterapia, combinado con los llamados medicamentos antidepresivos, cuyo denominador común consiste en producir una estimulación noradrenérgica y que por fuera del campo antidepresivo originan efectos psicotizantes (episodios de confusión mental) y/o neurotizantes (movilización de la angustia y los mecanismos neuróticos), siendo hoy posible aquí, por tanto, comprobar el diagnóstico de depresión "ex iuvantibus" (confirmación del diagnóstico merced al logro de una respuesta terapéutica rápidamente favorable)".

- Distribución de los factores etiológicos: "abarca una amplia escala que va desde la endogeneidad hasta los trastornos de tipo somático, pasando en sus grados intermedios por las situaciones aflictivas, estresantes, críticas e incommunicantes (factores psicosociales)".

"En este moderno concepto de depresión no se incluyen las clásicas depresiones reactivas y neuróticas. Se entiende hoy que la depresión reactiva es una reacción de tristeza o, si se quiere, una reacción depresiva, pero no una depresión en sentido estricto. Lo que ocurre es que una reacción de tristeza prolongada y no debidamente atendida mediante un régimen adecuado de vida, algún medicamento psicorrelajante y psicoterapia de apoyo puede culminar en una depresión".

"Hay ciertos cuadros neuróticos especialmente propensos a complicarse con depresión, donde aplicar la designación de depresión neurótica induce a error, puesto que se trata realmente de una asociación de neurosis y depresión".

3. EPIDEMIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO. POBLACION DE ALTO RIESGO

A) DATOS EPIDEMIOLOGICOS

A pesar del gran número de estudios epidemiológicos realizados sobre los trastornos afectivos, las cifras varían considerablemente según los distintos criterios nosológicos, la recogida de datos y el tipo de prevalencia adoptado.

La frecuencia de la depresión en la población general se estima en un 3-4% (Sartorius, 1986). Entre enfermos generales oscila entre el 10 y 20% y esta aumenta hasta el 50% si se trata de pacientes psíquicos. Solo el 10% llegan a las consultas psiquiátricas especializadas y el 90% restante es tratado por el médico general u otros especialistas. Esto en parte podemos explicarlo ya que casi la mitad de las depresiones se presentan de forma somática haciendo pensar en una enfermedad corporal.

Lo que si está ocurriendo es, un aumento de la morbilidad de los trastornos depresivos. La OMS da varias razones para ello: mayor longevidad, estrés por rápidas transformaciones del medio psico-social, aumento de la morbilidad de las enfermedades somáticas y exagerado consumo de fármacos depresógenos. Ayuso (1981) agrega: mayor precisión diagnóstica, inclusión de los equivalentes depresivos, mayor accesibilidad a los servicios psiquiátricos. Y Cuchi de la Cuesta (1985) añade el constante rechazo del enfermo depresivo por la sociedad.

B) FACTORES DE RIESGO

1. FACTORES SOCIO-DEMOGRAFICOS:

SEXO: - femenino en unipolares (Alonso Fernandez, 1978)

- similar en bipolares (Angst, 1974)

Múltiples estudios epidemiológicos indican una mayor prevalencia de enfermedad depresiva en el sexo femenino (Roberts y col, 1981; Weissman y Myers, 1981; Winokur y Crowe, 1983). En relación con factores psicológicos y sociales.

Sin embargo el suicidio consumado es más frecuente en varones.

EDAD: su frecuencia se incrementa con el paso del tiempo.

Determinado por factores psicosociales, vemos un aumento de prevalencia en la edad madura (mujeres) y senectud (varones)

Los bipolares comienzan a una edad más temprana que los unipolares.

NIVEL SOCIO-ECONOMICO Y EDUCACIONAL: las depresiones bipolares se dan con más frecuencia en clases altas y las unipolares en clases bajas.

A nivel laboral, las depresiones se dan con mayor facilidad en los puestos más altos y más bajos.

En muchos trabajos se ha encontrado una fuerte correlación entre depresión y clase social (Flaherty y col, 1983; Pajares, 1985; Brown y Harris, 1982; Winokur, 1981; Goldberg y col, 1985), llegando a la conclusión de que el mayor riesgo de padecer una depresión, lo poseen las clases menos favorecidas. También se ha encontrado una relación inversa entre renta

familiar y depresión (Roberts y col, 1981; Eaton y Kessler 1981; Hillström y Persson, 1984).

Existe una relación inversa entre el riesgo de depresión y educación, y así vemos que a menor número de años de estudios, aumenta el riesgo de padecer depresión (Pajares, 1985; Roberts y col, 1981; Comstock y Helsing, 1976).

2. FACTORES PSICO-SOCIALES:

PERSONALIDAD: la estructura de la personalidad descansa en la ordenalidad. Son sujetos sobrios, razonables, formales y con sentido del deber. Exigencia alta del propio rendimiento. Predilección por lo planeado y repulsa hacia la improvisación. Escrupulosidad moral y fidelidad en sus relaciones sociales (Tellenbach, 1975).

En los bipolares hay más rasgos obsesivos y menos neuróticos (al contrario de los unipolares).

PERDIDAS PARENTALES: la pérdida de un padre en la infancia aumenta el riesgo de depresión (Lloyd, 1980).

SOPORTE SOCIAL: la escasa relación interpersonal, especialmente con la pareja, constituye un factor de vulnerabilidad y mal pronóstico para la depresión (Brown y Harris, 1978; Roy, 1978). (tabla III).

ACONTECIMIENTOS DE LA VIDA (life events): se ha visto acumulación de los mismos, en especial pérdidas personales recientes, tanto en trastornos bipolares como unipolares antes del inicio de un cuadro depresivo. Se puede pensar en la gran

influencia que ejercen los life events como predisponentes (tabla III).

3. FACTORES CULTURALES:

La depresión se da por igual en todas las culturas aunque encontraremos diferencias sintomatológicas. En culturas primitivas, se ven más somatizaciones, hipocondría y vivencias paranoides y menor sentimiento de culpa.

La religión no parece ser un factor de riesgo específico, pero entre los católicos y judíos el índice de suicidios es más bajo.

Se ha visto que en culturas en donde la agresividad está reprimida, las tasas de depresión están aumentadas.

4. FACTORES BIOLOGICOS:

GENETICOS: la historia familiar diferencia tipos de depresiones y predice endogeneidad en depresiones aparentemente neuróticas.

MARCADORES BIOLOGICOS: la persistencia de MHPG urinario y 5-HIAA en LCR disminuidos tras la recuperación clínica, indican riesgo de recidivas.

Latencia REM acortada en depresiones de base biológica (Akiskal, 1983).

SINDROME PREMENSTRUAL: acumulación entre mujeres con trastornos afectivos de antecedentes con síntomas depresivos premenstruales.

C) POBLACION DE ALTO RIESGO

En el momento actual, en España, podemos reconocer una serie de factores que identifican a un determinado sector de la población más vulnerable a padecer un episodio depresivo. Este sector se caracterizaría por lo siguiente:

SEXO: femenino (Seva y Civeira, 1982; Pajares, 1985; Sanchez Perruca, 1986; Martin del Moral, 1987; Civeira y col., 1987).

EDAD: cuarta década de la vida.

SITUACION LABORAL: ama de casa.

Estos tres factores demográficos están determinados por factores psicológicos y sociales:

- el rol social que desempeña la mujer y las desigualdades entre ambos sexos (Seva, 1983).
- Desventajas y expectativas contrarias a la autoafirmación y autonomía (Weissman y Klerman, 1978).
- Ser objeto de hostilidad por parte de la familia (Weissman y Paykel, 1978).
- Cambios de vida más estresantes (Sowa y Lustman, 1984).

HISTORIA FAMILIAR: de alcoholismo y depresión

PERSONALIDAD: de tipo melancólico.

ACONTECIMIENTOS RECIENTES: sobre todo pérdidas personales recientes.

4. DIAGNOSTICO DEL EPISODIO DEPRESIVO

Las depresiones constituyen un problema muy frecuente en la práctica médica.

El diagnóstico de la depresión es fácil cuando es del único síntoma que se queja el paciente, pero desgraciadamente es un hecho raro. Hay toda una corte de quejas que nos enmascaran el verdadero trastorno subyacente (Hollister, 1981).

Dos sistemas de clasificación han sido adoptados en la mayoría de los países para estandarizar todos los diagnósticos psiquiátricos: ICD-9

DSM-III.

A) ICD-9:

"International Classification of Diseases" en su 9ª revisión (World Health Organization, 1978).

296 Psicosis afectivas

- 296.0 Psicosis maniacodepresiva, tipo maniaco.
- 296.1 Psicosis maniacodepresiva, tipo depresivo.
- 296.2 Psicosis maniacodepresiva circular, fase maniaca.
- 296.3 Psicosis maniacodepresiva circular, fase depresiva.
- 296.4 Psicosis maniacodepresiva circular, mixta.
- 296.5 Psicosis maniacodepresiva circular, no especificada.

296.6 Psicosis maniaco-depresiva de otro tipo y del no especificado.

298 Otras psicosis no orgánicas

298.0 Tipo depresivo.

300 Trastornos neuróticos

300.4 Depresión neurótica.

301 Trastornos de la personalidad

301.1 Afectivo.

309 Reacción de adaptación

309.0 Reacción depresiva leve.

309.1 Reacción depresiva prolongada.

309.4 Con alteración simultánea de emociones y conducta.

311 Trastorno depresivo no clasificado en otro lugar

Veamos los criterios diagnósticos de inclusión en los apartados descritos:

296 Psicosis afectivas

Trastornos mentales, por lo general recurrentes, en los que hay una alteración grave del ánimo (compuesta casi siempre por depresión y ansiedad pero que también se manifiesta como alborozo y excitación) acompañada de uno o más de los siguientes síntomas y signos: ideas delirantes, perplejidad, perturbación de la actitud hacia sí mismo, trastornos de la percepción y del comportamiento; todo esto de acuerdo con el ánimo prevaleciente. Hay una intensa tendencia al suicidio.

296.1 Psicosis maniacodepresiva, tipo depresivo

Una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares.

Se acepta: Depresión endógena. Melancolía involutiva.
 Depresión monopolar. R. m-d, tipo depresivo.
 Depresión psicótica. Psicosis depresiva.

296.3 Psicosis maniacodepresiva circular, fase depresiva

Una psicosis afectiva que ha aparecido tanto en la forma depresiva como en la maniaca, ya sea de manera alternada o bien separadas por un intervalo de normalidad pero que en la actualidad se presenta en la forma depresiva.

Se acepta: Trastorno bipolar, fase depresiva.

298 Otras psicosis no orgánicas

Grupo de afecciones psicóticas que son atribuibles, en gran parte o enteramente, a una reciente experiencia de la vida. No deberán ser aplicadas a la más amplia gama de psicosis en cuya etiología los factores ambientales desempeñan algún papel (pero no el principal).

298.0 Tipo depresivo

Una psicosis depresiva que puede ser similar en los síntomas a la psicosis maniacodepresiva tipo depresivo (296.1)

pero aparentemente provocada por una tensión emocional entristecedora, tal como la pérdida de un ser querido o una grave decepción o frustración. Puede haber menos variación diurna de los síntomas si se la compara con 296.1, y las ideas delirantes son, a menudo, comprensibles en el contexto de las experiencias de la vida diaria. Hay generalmente una grave perturbación del comportamiento, v.g. decidido intento de suicidio.

Se acepta: Psicosis depresiva psicógena.

Psicosis depresiva reactiva.

300 Trastornos neuróticos

300.4 Depresión neurótica

Trastorno neurótico caracterizado por depresión desproporcionada que se reconoce generalmente como consecutiva a una experiencia aflictiva; no comprende entre sus características las ideas delirantes ni las alucinaciones y, a menudo, hay preocupación por el trauma psíquico que precedió a la enfermedad, v.g. pérdida de una persona querida o de una propiedad. Es frecuente que se manifieste también ansiedad; por consiguiente, los estados mixtos de ansiedad y depresión deberían ser incluidos en esta subcategoría. La diferencia entre neurosis depresiva y psicosis deberá hacerse no solo con base en el grado de depresión sino también por la presencia, o ausencia, de otras características neuróticas y psicóticas y

además teniendo en cuenta el grado de alteración del comportamiento del paciente.

Se acepta: Depresión ansiosa. Estado neurótico depresivo
Depresión reactiva. Reacción depresiva.

301 Trastornos de la personalidad

301.1 Afectivo

Trastorno de la personalidad caracterizado por el predominio, durante toda la vida, de un estado de ánimo pronunciado, que puede ser persistentemente deprimido o constantemente alborozado, o bien uno y luego el otro en forma alternada. Durante los periodos de alborozo hay un firme optimismo y una intensificación del gusto por la vida y de la actividad mientras que los periodos de depresión están marcados por preocupación, pesimismo, bajo despliegue de energía y un sentimiento de futilidad.

Se acepta: Personalidad cicloide.

Personalidad ciclotímica.

Personalidad depresiva.

309 Reacción de adaptación

309.0 Reacción depresiva breve

Estados de depresión no calificables como neuróticos, psicóticos ni maniacodepresivos, generalmente transitorios, en los cuales los síntomas depresivos están estrechamente

relacionados en tiempo y contenido con algún acontecimiento causante de tensión.

Se acepta: Dolor moral.

Reacción de pena.

Reacción de pesar.

309.1 Reacción depresiva prolongada

Estados de depresión no calificables como neuróticos, psicóticos ni maniacodepresivos, generalmente de larga duración que casi siempre se desarrollan en conexión con exposición prolongada o experiencias que causan tensión.

309.4 Con alteración simultánea de las emociones y de la conducta

Trastornos que se ajustan a la definición general y en los cuales se presentan como características prominentes la alteración emocional y la perturbación de la conducta.

311 Trastorno depresivo no clasificado en otra parte

Estado de depresión de intensidad moderada casi siempre, algunas veces acentuado, que no tiene características específicamente maniacodepresivas o de otra depresión psicótica y que parece no estar asociado con acontecimientos generadores de tensión ni muestra otros aspectos específicos de la depresión neurótica.

Se acepta: Depresión SAI.

Estado depresivo SAI.

Trastorno depresivo.

B) DSM-III:

Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales.

296 Trastorno afectivo mayor

Trastorno bipolar: 296.6x mixto

296.4x maniaco

296.5x depresivo

Depresión mayor: 296.2x primer episodio

296.3x recurrente

Otros trastornos afectivos específicos

301.13 Trastorno ciclotímico

300.40 Trastorno distímico (o Neurosis depresiva).

Trastornos afectivos atípicos

296.70 Trastorno bipolar atípico

296.82 Depresión atípica

Trastornos adaptativos

309.00 con estado de ánimo deprimido.

Los criterios diagnósticos son:

Episodio depresivo mayor

A. Estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales. El estado de ánimo disfórico se caracteriza por los siguientes síntomas: depresión, tristeza, melancolía, desesperanza,

apatía, falta de iniciativa e irritabilidad. La alteración del ánimo puede ser predominante y relativamente persistente, aunque no siempre es el síntoma más llamativo; en cualquier caso, no hay cambios momentáneos de un estado de ánimo disfórico a otro; como ocurre con el paso de la ansiedad a la depresión o a la cólera, tal como se observa en los estados de confusión psicótica aguda (el estado de ánimo disfórico en los niños menores de seis años puede inferirse a partir de la persistente tristeza de la expresión facial).

B. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas han estado presentes casi diariamente, durante dos semanas como mínimo (en los niños menores de seis años, tres de los cuatro primeros síntomas como mínimo);

1) poco apetito o pérdida significativa de peso (sin estar bajo dieta) o aumento del apetito con ganancia significativa de peso (no se opera la ganancia de peso esperada en los niños menores de seis años);

2) insomnio o hipersomnia;

3) agitación o enlentecimiento psicomotor (no bastan los sentimientos subjetivos de inquietud o de estar enlentecido) (hipoactividad en los niños menores de seis años);

4) pérdida de interés o placer en las actividades habituales o disminución de la motivación sexual fuera de los periodos delirantes o alucinatorios (signos de apatía en los niños menores de seis años);

5) pérdida de energía, fatiga;

6) sentimientos de inutilidad, autorreproche o culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante);

7) quejas o pruebas de disminución de la capacidad de concentración o pensamiento, tales como enlentecimiento del pensamiento o indecisión no acompañada de incoherencia o pérdida notable de la capacidad asociativa;

8) pensamientos repetitivos de muerte, ideación suicida, deseos de estar muerto o intentos de suicidio.

C. Cuando no está presente el síndrome afectivo (veanse criterios A y B, ya citados más arriba); es decir, antes de que se haya desarrollado, o después de haber remitido, ninguno de los siguientes síntomas dominan el cuadro clínico:

1) preocupación por ideas delirantes o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo (vease la definición más abajo);

2) conducta extraña.

D. No hay sobreañadida una esquizofrenia, ni un trastorno esquizofreniforme, ni un trastorno paranoide.

E. Todo ello, no es debido a ningún otro trastorno mental ni al duelo no complicado.

Criterios para la subclasificación del episodio depresivo mayor en el quinto dígito

(Cuando hay síntomas psicóticos y melancolía, se registra la característica clínica más significativa)

6. En remisión: esta categoría del quinto dígito deberá utilizarse para los sujetos que han cumplido con anterioridad

todos los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor completo, pero que en la actualidad están libres esencialmente de síntomas, o presentan algunos síntomas del trastorno sin cumplir todos los criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor.

4. Con síntomas psicóticos: esta categoría del quinto dígito deberá utilizarse cuando haya un gran deterioro, evidenciado a través de los tests, así como cuando haya ideas delirantes o alucinaciones, o estupor depresivo (el sujeto no responde a los estímulos o está mudo). Cuando sea posible, se especificará si los síntomas psicóticos son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo.

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo:

ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido está completamente de acuerdo con los temas de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo, o merecimiento de castigo; estupor depresivo (el sujeto permanece mudo o no responde a estímulos).

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo:

ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no comprende temas de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo, o de merecimiento de castigo. Incluye síntomas tales como ideas delirantes de persecución, inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control cuyo contenido no tiene relación aparente con los temas reseñados más arriba.

3. Con melancolía: pérdida de placer en todas o casi todas las actividades, falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no sentirse mejor incluso cuando de forma temporal sucede algo bueno) y tres de los siguientes síntomas:

- a) una inconfundible cualidad de estado de ánimo deprimido; es decir, se percibe el estado de ánimo como un sentimiento inconfundiblemente diferente del que se experimenta después de una muerte o de una pérdida de relación amorosa;
- b) la depresión suele ser más intensa por la mañana;
- c) despertar temprano por la mañana (dos horas antes de la hora habitual, como mínimo);
- d) notable enlentecimiento o agitación psicomotriz;
- e) anorexia significativa o pérdida de peso;
- f) sentimientos de culpa inapropiados y excesivos.

2. Sin melancolía.

0. Sin especificar.

Trastorno bipolar mixto

A. El episodio actual (o el más reciente) comprende el cuadro sintomatológico completo de los episodios tanto depresivos como maniacos entremezclados, o alternando rápidamente en pocos días.

B. El episodio actual (o el más reciente) es un episodio depresivo mayor (si ha habido un episodio depresivo mayor previo, el episodio actual no necesita cumplir todos los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor).

Trastorno bipolar, depresivo

- A. Ha habido uno o más episodios maniacos.
- B. El episodio actual (o el más reciente) es un episodio depresivo mayor (si ha habido un episodio depresivo mayor previo, el episodio actual no necesita cumplir todos los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor).

Depresión mayor recurrente

- A. Uno o más episodios de depresión mayor.
- B. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco.

Trastorno ciclotímico

- A. Durante los dos últimos años se han presentado numerosos periodos con algunos síntomas característicos tanto de síndrome depresivo como maniaco, pero no con la gravedad y duración suficiente para cumplir los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor o de un episodio maniaco.
- B. Los periodos depresivos e hipomaniacos pueden estar separados por periodos de estado normal, que pueden durar varios meses, o bien pueden entremezclarse ambos periodos, o alternarse entre sí.
- C. Durante los periodos depresivos hay un estado de ánimo depresivo o una pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales, y tres de los siguientes síntomas como mínimo:

- 1) insomnio o hipersomnia,
- 2) disminución de la energía o fatiga crónica,
- 3) sentimientos de incapacidad,
- 4) disminución de la efectividad o productividad en la escuela, en el trabajo o en la casa,
- 5) disminución de la atención, concentración o capacidad para pensar,
- 6) retraimiento social,
- 7) pérdida de interés o de placer en el sexo,
- 8) restricción de las actividades placenteras; sent. de culpa por actividades pasadas,
- 9) sentimientos de lentitud y desmoronamiento,
- 10) menos hablador de lo habitual,
- 11) actitud pesimista hacia el futuro, o rumiación pesimista de los acontecimientos pasados,
- 12) llanto o sollozos.

D. Ausencia de síntomas psicóticos, como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia, o pérdida de la capacidad asociativa.

E. Todo ello, no es debido a ningún otro trastorno mental, como la remisión parcial del trastorno bipolar. Sin embargo, el, trastorno ciclotímico puede preceder al trastorno bipolar.

Trastorno distímico

A. Durante los dos últimos años (o uno en el caso de los niños y adolescentes) el sujeto ha presentado durante mucho o todo el tiempo síntomas característicos del síndrome depresivo, pero no

con la suficiente gravedad y duración como para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor.

B. Las manifestaciones del síndrome depresivo pueden ser relativamente persistentes, o estar separadas por periodos de estado de ánimo normal que duran de unos días a pocas semanas, pero no más de unos meses.

C. Durante los periodos depresivos hay un llamativo estado de ánimo depresivo (por ejemplo, triste, melancólico, abatido, bajo), o una notable pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales.

D. Durante los periodos depresivos están presentes, como mínimo, tres de los siguientes síntomas:

- 1) insomnio o hipersomnia;
- 2) bajo nivel de energía o cansancio crónico;
- 3) sentimientos de incapacidad, pérdida de la autoestima, autolamentaciones o desaprobación;
- 4) disminución de la efectividad o productividad en la escuela, trabajo o en la casa;
- 5) disminución de la atención, concentración o capacidad para pensar con claridad;
- 6) retraimiento social;
- 7) pérdida de interés o de disfrute de las actividades placenteras;
- 8) irritabilidad o cólera excesiva (expresada en los niños hacia los padres o monitores);
- 9) incapacidad para responder con placer a los elogios o

refuerzos;

- 10) menos activo o hablador de lo habitual, o sensación de lentitud o inquietud;
- 11) actitud pesimista hacia el futuro, rumiación negativa de acontecimientos pasados, o sentimientos de lástima hacia uno mismo;
- 12) llanto o sollozo;
- 13) pensamiento repetitivo de muerte o suicidio.

E. Ausencia de síntomas psicóticos, tales como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia, o pérdida de la capacidad asociativa.

F. Si el trastorno se sobreañade a un trastorno mental preexistente, como un trastorno obsesivo compulsivo o la dependencia de alcohol, el estado de ánimo deprimido puede diferenciarse con claridad del estado de ánimo habitual del sujeto en virtud de su intensidad o su efecto sobre la actividad.

Depresión atípica

Esta es una categoría residual para aquellos sujetos con síntomas depresivos que no pueden ser diagnosticados de un trastorno afectivo mayor específico, de otro trastorno afectivo específico o de un trastorno adaptativo. Como ejemplo se incluyen los siguientes:

- 1) Un episodio inconfundible y continuo de un síndrome depresivo completo, que se desarrolló sin una activación de los

síntomas psicóticos en un sujeto con esquizofrenia de tipo residual.

2) Un trastorno que cumple los criterios para el trastorno distímico; sin embargo, ha habido periodos intermitentes con estado de ánimo normal, que persisten más de unos meses.

3) Un episodio de depresión breve que no cumple los criterios para un trastorno afectivo mayor y que, sin duda, no es una reacción a un estrés psicosocial, y por ello no puede clasificarse como un trastorno adaptativo.

Como rasgos distintivos del ICD-9 respecto a los anteriores hay que señalar en primer lugar la introducción de las formas unipolares y bipolares en las psicosis maniacodepresivas.

Otro punto de divergencia entre el ICD-9 y los anteriores es la supresión como categoría autónoma de la depresión involutiva.

En 1974 se inicia la confección del DSM-III a través de "The American Psychiatric Association".

Los trabajos iniciales de Feighner y col y los sucesivos de Winokur y del autor citado dieron lugar a los RDC (Research Diagnostic Criteria) que constituyen el pilar fundamental en el que se cimienta el DSM III.

L. Herrero ha extraído un cuadro en el que se refleja las ventajas e inconvenientes del ICD-9 y el DSM III (tabla I).

TIPOLOGICO	MULTIAXIAL
CATEGORIAL "DESCRIPTIVO"	
Prototipo: ICD-9	Prototipo: DSM III
Carga histórica con tendencia al mantenimiento conservador	Mayor posibilidad de adecuaciones progresivas
Simple. Pragmático. Facilmente criticable o modificable	Más complicado
Facil utilización clínica	Utilización clínica más dificultosa
Bastante estático	Más dinámico
Abarca fundamentalmente aspectos clínico-fenomenológicos y semiológicos	Abarca además aspectos psicosociales
Poca información "pasado"- "futuro"	Información "pasado" (antecedentes y curso anterior); "presente" (sintomatología); "futuro" (pronóstico)
Toda la información de la definición al mismo nivel de relevancia	Niveles diferentes de relevancia de la información (ejes)
Definiciones no operacionales (ó poco operativas)	Definiciones operacionales explícitas
Baja standarización y reproducibilidad	Buenas posibilidades de standarización
Poca información sobre un "plan de acción"	"Plan de acción" implícitamente más claro
Diferenciación "etiológica"/ "descriptiva" pobre	Mayor diferenciación de factores
Utilidad operativa en investigación baja	Utilidad operativa en investigación alta (acerca la clínica a la investigación)

TABLA I: Diferencias entre los sistemas tipológico y multiaxial de diagnóstico (Herrero, 1981).

Ultimamente, han aparecido las revisiones de los dos sistemas de clasificación vistos anteriormente:

ICD-10

DSM III-R (que dará lugar al DSM-IV)

C) ICD-10:

"International Classification of Diseases" en su 10ª revisión (World Health Organization).

Trastornos afectivos

F 30 Episodio maniaco

F 31 Episodio depresivo

F 31.0 Episodio depresivo grave

F 31.2 Episodio depresivo leve

F 32 Trastorno afectivo bipolar

F 32.0 en la actualidad maniaco

F 32.1 en la actualidad depresivo

F 32.2 en la actualidad en remisión

F 33 Trastorno depresivo recurrente

F 33.0 Trastorno depresivo recurrente grave

F 33.1 Trastorno depresivo recurrente leve

F 34 Estados afectivos persistentes

F 34.0 Ciclotimia

F 34.1 Distimia

F 35 Otros trastornos afectivos

F 35.0 Otros episodios afectivos

F 35.1 Otros trastornos afectivos recurrentes

F 35.2 Otros estados afectivos persistentes

F 36 Trastornos esquizoafectivos

F 36.0 Trastorno esquizomaniaco

F 36.1 Trastorno esquizodepresivo

F 39 Trastornos afectivos, sin más especificación.

Diferencias fundamentales respecto a la CIE-9:

Se ha abandonado la distinción tradicional entre neurosis y psicosis. Con la excepción de las Neurosis depresivas, la mayor parte de los trastornos considerados como neuróticos por los que utilizan este concepto, están en la sección de "Trastornos Neuróticos Debidos a Estrés y Somatoformes".

Los trastornos están agrupados de acuerdo con los temas principales o las semejanzas de sus manifestaciones.

Veamos los criterios diagnósticos de inclusión en los apartados descritos:

F 30-F 35. Trastornos afectivos (del ánimo, del humor)

Trastornos en los que la alteración fundamental es un cambio en la afectividad -o estado de ánimo, o humor-, en general en el sentido de la depresión, acompañada o no de

ansiedad o en el de la euforia. Suele acompañarse de un cambio en el nivel general de actividad y la mayoría de los otros síntomas son secundarios a ellos o comprensibles en su contexto. La mayoría tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio puede con frecuencia ponerse en relación con acontecimientos o situaciones estresantes,

F 31 Episodio depresivo

El sujeto sufre un descenso de su estado de ánimo, una disminución de su vitalidad y una reducción de su nivel de actividad. La capacidad de disfrutar de las cosas, así como el interés y la concentración se deterioran, apareciendo un cansancio exagerado, incluso tras un esfuerzo mínimo. Aparecen un trastorno del sueño y pérdida de apetito. La confianza y la estima de sí mismo casi siempre disminuyen, e incluso en las formas menores, aparecen con frecuencia ideas de culpa e inutilidad, el futuro se ve como sombrío y son frecuentes los pensamientos y actos suicidas. El descenso del estado de ánimo es constante día tras día, sin responder a cambios en las circunstancias ambientales, aunque puede mostrar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio; las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos la ansiedad, el malestar y la agitación motriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del ánimo puede estar enmascarada por fenómenos añadidos, tales como

irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, presencia de comportamientos histriónicos, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas.

F 31.0 Episodio depresivo grave (mayor): además se acompaña de ciertos síntomas denominados "biológicos" o "endogenomorfos", tales como enlentecimiento motor, pérdida de peso (a menudo tanto como el 5% en pocas semanas), marcada variación circadiana, insomnio tardío y pérdida de libido. La pérdida de estima de sí mismo y las ideas de inutilidad personal, culpabilidad, pecado y desastre inminente pueden llegar a ser delirantes y acompañarse de alucinaciones que suelen ser congruentes con el estado de ánimo depresivo. Puede llevar al suicidio o estupor.

F 31.1 Episodio depresivo leve (menor): los síntomas biológicos" son leves o están ausentes. Faltan el enlentecimiento, las ideas delirantes y las alucinaciones.

El episodio depresivo deberá ser lo suficientemente grave como para causar malestar e interferir con las actividades cotidianas y tener una duración mínima de dos semanas.

F 32 Trastorno afectivo bipolar

F 32.1 Trastorno afectivo bipolar, depresivo: el enfermo en la actualidad deprimido y ha tenido por lo menos un episodio maniaco bien definido en el pasado.

F 32. 2 Trastorno afectivo bipolar mixto: el enfermo ha padecido en el pasado por lo menos un episodio maniaco bien

definido y actualmente exhibe una mezcla o sucesión rápida de síntomas maniacos y depresivos.

F 33 Trastorno depresivo recurrente

Episodios reiterados de depresión, pero sin antecedentes de episodios aislados de elevación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad. Pueden presentarse episodios breves de hipomanía inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepresivo.

En general, el primer episodio se presenta más tarde que el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la 5ª década de la vida (4ª en los bipolares), pero las recaídas son menos frecuentes. El doble de frecuentes en mujeres que en varones (en los bipolares la incidencia es la misma). Un pequeño número queda crónicamente deprimido (más en edad avanzada). La persona ha tenido al menos dos episodios depresivos, sin que se recoja antecedente alguno de episodio maniaco. Dos de los episodios deben haber tenido una duración mínima de dos semanas y haber estado separados por un periodo de tiempo de al menos seis meses de estado normal de ánimo, para estar seguros de que han sido realmente episodios distintos.

F 34 Estados afectivos persistentes

De intensidad fluctuante.

F 34.0 Ciclotimia: implica la existencia de periodos de depresión y de euforia leves.

F 34.1 Distimia: depresión crónica del estado de ánimo que no se corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico del trastorno depresivo recurrente leve, bien por su gravedad, bien por la duración de los episodios (aunque pueden haberse satisfecho los criterios para un episodio depresivo leve en el pasado, en especial al inicio del trastorno). Tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien.

F 35 Otros trastornos afectivos

Trastornos afectivos que no satisfacen los criterios para ninguna de las categorías referidas anteriormente.

F 36.1 Trastorno esquizodepresivo: los síntomas esquizofrénicos y depresivos destacan de una manera simultanea durante el mismo episodio de enfermedad.

D) DSM III-R

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Trastorno bipolar: 296.6x mixto
296.4x maniaco
296.5x depresivo

301.13 Ciclotimia

296.70 Trastorno bipolar dos

Trastornos depresivos: 296.2x Depresión Mayor. Episodio
Único.
296.3x Depresión Mayor Recurrente.
tipo melancólico

300.40 Distimia

296.82 Trastorno depresivo dos

Los criterios diagnósticos son:

Episodio depresivo mayor: practicamente igual que en el DSM-III.

Trastorno bipolar:

- Mixto:

A. El episodio presenta características sintomáticas de depresión mayor y manía, entremezcladas/alternantes diariamente

B. Los síntomas depresivos son prominentes al menos un día entero.

- Depresivo:

A. Ha tenido uno o más episodios maníacos previos.

B. El presente episodio cumple criterios de depresión mayor (o en episodios anteriores).

Ciclotimia: similar al DSM-III (trastorno ciclotímico).

Trastorno bipolar dos: categoría residual para episodios hipomaniacos que no forman parte del trastorno bipolar (mixto, maniaco, depresivo) ni de la ciclotimia.

Trastornos depresivos:

Episodio único:

A. Un solo episodio depresivo mayor.

B. Nunca ha habido episodio maniaco/hipomaniaco.

Recurrente:

A. Dos o más episodios depresivos mayores. Separados por al menos dos meses de retorno a funciones habituales.

B. Nunca ha tenido episodio maniaco/hipomaniaco.

- Subclasificación en el quinto dígito:

1. Ligero: completa síntomas mínimos para episodio depresivo.

2. Moderado: el menoscabo funcional es intermedio.

3. Severo: sin perfil psicótico. Varios síntomas además de los mínimos y estos interfieren marcadamente en la actividad.

4. Severo: con perfil psicótico: Delirios o alucinaciones (con interpretaciones delirantes). Tipos:

a) congruentes con el humor

b) incongruentes: delirio persecutorio, interceptación del pensamiento, ideas de ser controlado.

5. Remisión parcial.

6. Remisión total.

0. Inespecífico.

Cronicidad específica: si en los últimos dos años no se produce un periodo de remisión completa mayor de dos meses.

Tipo melancólico: al menos cinco de:

1. Pérdida de interés/placer en todas o casi todas las actividades.
2. Pérdida de reactividad a estímulos placenteros.
3. Encontrarse peor por las mañanas.
4. Insomnio tardío.
6. Inhibición/agitación psicomotora (no meramente subjetiva).
7. No hay trastorno significativo previo de la personalidad.
8. Uno o más episodios depresivos mayores previos seguidos de una completa recuperación.
9. Buena respuesta de episodios previos al tratamiento psicofarmacológico específico o biológico (ECT).

Distimia: algunas diferencias respecto al DSM-III.

Trastorno depresivo dos: categoría residual para trastornos con perfil depresivo que no cumple los criterios dichos o trastorno de ajuste con humor depresivo.

5. EVOLUCION DE LA DEPRESION

Dentro de las depresiones, encontramos diferencias evolutivas en varios aspectos:

1) Tipo clínico:

La aparición de sintomatología psicótica determina una mala evolución a corto plazo (Brown y col, 1982; Coryell, 1982; Alonso Fernandez, 1984): va a complicar no solamente el diagnóstico, con la aparición de la diferenciación con los trastornos esquizoafectivos, esquizofrenias y otros cuadros delirantes (entre los que habrá que descartar todos los cuadros orgánicos y en especial las demencias, cada vez más frecuentes por la longevidad elevada de nuestra población) sino que, también vamos a ver afectado el curso evolutivo y el tratamiento (tabla II).

El DSM-III y el PSE (Present State Examination) Catego si contemplan las diferencias evolutivas, mientras que otras clasificaciones como la RDC, no.

Por otro lado dentro de los subtipos de sintomatología depresiva, no se han definido claramente nada más que dos tipos evolutivos: uno el de los episodios que denominamos trastornos afectivos mayores y por otro, el de los cuadros distímicos que vienen, unos recortados en el tiempo y otros con una duración superior a los dos años. Tal y como se ha descrito en el capítulo de clasificaciones.

GRAVEDAD: Mayor puntuación Hamilton (Brown y col, 1982)

RESPUESTA TERAPEUTICA: ECT (terapia electroconvulsiva) o AD (antidepresivos) + Neurolépticos más efectivos que AD solos (Minter y Mandel, 1979; Brown y col, 1982; Frances y col, 1981; Nelson y Bowers, 1978; Glassman y col, 1975).

PROMOSTICO: Mayor duración hospitalización y episodio. Mala evolución a corto plazo a pesar del tratamiento (Brown y col, 1982; Coryell, 1982).

TABLA II: Evolución de las Depresiones con sintomatología psicótica.

2) Factores causales:

A. Positivos: de buen pronóstico

- Juventud (Mann, 1981)
- Pocos episodios previos (Kovacks, 1984)
- Aparición de acontecimientos neutralizantes del desajuste social (Tennant, 1981)
- Soporte familiar favorable (Mann, 1981)
- Gravedad de la depresión, en intensidad (Keller, 1982)

B. Negativos: de mal pronóstico

- Falta de relación cerrada con otras personas (Varing y Patton, 1984).
- Bajo nivel intelectual
- Trastornos básicos de la personalidad

ACONTECIMIENTOS VITALES

1. FACTORES VULNERABILIDAD

A. PERDIDAS PRECOCES (Freud, 1917; Abraham, 1927; Brown, 1961 y col, 1977; Roy, 1981; Hill y Price, 1967; Caplan y Douglas, 1969; Pfohl y col 1983).

B. OTROS:

- Falta relación confianza con el conyuge (Brown y Harris, 1978; Roy, 1978; Salomon y Bronet, 1982; Costello, 1982; Campbell y col, 1983).
- Presencia hogar ≥ 3 hijos ≤ 15 años (Brown y Harris, 1978).
- Desempleo (Brown y Harris, 1978; Roy, 1981).

C. PRECIPITANTES:

- "Pérdidas recientes" (Paykel y col, 1969; Thomson y Hendrie, 1972; Beck y Worthem, 1972; Clancy y col, 1973; Jacobs y col, 1974; Brown y Harris, 1978; Fava y cols, 1981; Netei y Vadher, 1982).
- Indeseable, incontrolable, independiente, amenaza al sujeto (Parkes, 1964; Paykel y col, 1969; Jacobs y col, 1974; Clayton y col, 1972; Maguire y col, 1978; Finlay Jones y Brown, 1981; Varheit, 1979).

2. SUBTIPOS DEPRESION

- No diferencias endógeno-reactivo (Leff y col, 1970; Thomson y Hendrie, 1972; Brown y col, 1979; Benjaminsen, 1981; Hirschfeld).
- Unipolares > bipolares (Clancy y col, 1973; Ayuso y col, 1978)

3. EVOLUCION

- Nº FASE: comienzo enfermedad > recaídas (Leff y col, 1970; Okuma y Shimoyama, 1972; Ayuso y col, 1981).
- EDAD COMIENZO: Comienzo tardío bipolares (Glassner, 1983)
 - > 65 años (Ayuso y col, 1982)
 - < 40 años (Cadonet y col, 1972)

4. RESPUESTA TERAPEUTICA:

- NS en AV previos a la fase (Weissman, 1978).
- Si en indeseables, incontrolables, relacionados con la salud. Durante el tratamiento (Lloyd y col, 1981).
- Hospitalizados > ambulatorios (Netei y Vadher, 1984).
- Mayor duración hospitalización en AV previos (Ayuso y col 1982).
- Mayor riesgo recaídas (Paykel y Tanner, 1976).

5. RASGOS CLINICOS:

- Relación inversa pérdidas-rasgos hostilidad (Fava y col, 1982).
- Relación negativa pérdidas-ansiedad (Finley Jones y Brown, 1981).

FACTORES ESTRESANTES CRONICOS

- Precipitantes depresión (como AV). > 4 semanas (Brown y Harris, 1978).
- Determinada gravedad y persistencia durante dos años correlacionados con la depresión (Campbell y col, 1983; Ndtel y Vadher, 1984).

TABLA III: Factores psicosociales de la depresión (extraído de Ezquiaga, 1987)

Otro tema muy importante dentro de la evolución de la depresión, es la aparición de un apoyo social y familiar suficiente y del difícil equilibrio entre los elementos de tensión, el estrés ambiental y el soporte que el contexto cultural en que uno vive, aporta a la estabilidad psíquica de cada individuo (Cassel, 1974; Flaherty y col, 1983; Pilisuk y Froland, 1978; McKinley, 1973; Tolsoof, 1976; Chan, 1977; Mitchell y Moos, 1984; Parker y col, 1985). (tabla III).

3) Polaridad previsible:

Akiskal y col (1983) en un estudio de 206 pacientes con depresión, afirman que el 20% hace una evolución bipolar de la enfermedad y da como indicadores:

- comienzo de la enfermedad antes de los 25 años
- historia familiar de trastorno bipolar
- clínica: predominio de la hipersomnia y de la inhibición

psicomotriz

- hipomanía en tratamiento con antidepresivos

Se establece que los cuadros del círculo maniaco-depresivo, los cuadros bipolares, tendrían una evolución promedio de seis meses sin tratamiento, que podría reducirse en gran medida con la aplicación de fármacos antidepresivos. En este sentido, un diagnóstico precoz sobretodo en cuadros recurrentes con sintomatología previa bien filiada, podría hacer que incluso después de dos o tres semanas de tratamiento la sintomatología cediera y pudiera plantearse una reincorporación a la vida normal con una lesión de las actividades de la vida diaria mínima y una repercusión personal insignificante. Sin embargo la duración del tratamiento antidepresivo es un tema de debate que no está en absoluto claro y que ha llevado a que la mayoría de los autores alcancen el consenso de que, al menos una duración de tres meses de tratamiento será necesaria y que idealmente durante los seis meses de duración del episodio sería conveniente mantener el tratamiento antidepresivo para evitar recaídas. En la práctica clínica nosotros vemos diariamente muchos enfermos que consumen estos productos durante años seguidos y que las recaídas son difíciles de explicar o de relacionar con la historia natural de ese episodio.

El promedio de fases depresivas a lo largo de la vida va siendo mejor conocido gracias a la prolongación de las

expectativas de vida de estos enfermos, al mejor manejo de las historias clínicas y al disponer de estudios de investigación que permiten estos trabajos de seguimiento, que en la tabla que a continuación presentamos vamos a intentar resumir en sus aspectos fundamentales (tabla IV).

	Bipolar	Unipolar	Autores
Nº RECIDIVAS	8	5	Angst (1974)
DURACION CICLO (años)	2 va < 10% menor en comienzo tardío	5 20%	Angst (1974) Angst (1974) Groff y col (1974)
INTERVALO LIBRE	bipolar < unipolar disminuye sucesivamente		Alonso Fdez. (1978) Groff y col (1974)
DURACION EPISODIO (meses)	4.4 <3 bipolar < unipolar aumenta con la edad	5.1 <4	Angst (1974) Groff y col (1974) Alonso Fdez. (1978) Ayuso y Saiz (1981) Angst (1974)

TABLA IV: Curso o evolución de la depresión. Polaridad.

4) Carga familiar:

No menos despreciable es la aparición de una carga familiar, de una agregación familiar de depresión. En este sentido, la interpretación de la aparición de una disposición genética a la depresión va a ser mantenida por unos autores con ciertas peculiaridades evolutivas (tabla V).

EDAD COMIENZO	Inversamente proporcional
Nº EPISODIOS	Menor nº episodios depresivos Mayor nº episodios maniacos
INGRESOS	Menos por depresiones Más por manías Menos ingresos episodio 1º
ALCOHOLISMO	Episódico
SINTOMAS PSICOTICOS	Menos en episodio depresivo Más en episodio maniaco

TABLA V: PMD: pacientes con historia familiar (Mendlewicz, 1972)

5) Encronización:

Otro capítulo que también vamos a estudiar es el de las encronizaciones; estas, bien concebidas como prolongación de la sintomatología en un enfermo con cuadros episódicos previamente diagnosticados y delimitados en el tiempo, bien como resistencia a fármacos y en tratamiento progresivo a pesar de la utilización del mismo, o bien como no responder a los fármacos que anteriormente se habían utilizado con éxito en un episodio de características clínicas similares.

Dentro de los estudios sobre depresiones crónicas tenemos los que se resumen en las tablas VI y VII.

1. FACTORES PSICOSOCIALES: (Akiskal y col, 1981).
 - Enfermedades médicas concurrentes
 - Múltiples fallecimientos familia
 - Enfermedades significativas familia
 - Iatrogénicos
 - AV no deseables e independientes 6 meses antes o 2 años después comienzo enfermedad (Eccleston y col, 1987).
2. TERAPIA:
 - Resistencia (Freyhan, 1978; Perez de Francisco, 1979).
 - Terapia inadecuada (Weissman y Klerman, 1977).
3. PERSONALIDAD PREMORBIDA:
 - depresiva (Chodoff, 1972).
 - Neurótica (Weissman y Klerman, 1977).
4. SUBTIPOS DEPRESION:
 - Ideación hipocondríaca o paranoide
 - Bipolar > unipolar (Akiskal y col, 1981; Winokur y Morrison, 1973).
5. SEXO: femenino > masculino Winokur y Morrison, 1973).
6. EDAD: comienzo tardío > precoces.
7. HISTORIA FAMILIAR: alteraciones afectivas (Akiskal y col, 1981; Eccleston y col, 1987).

TABLA VI: Factores de la encronización.

Muestra	Seguimiento	Resultados	Autores
92 ancianos	3 años	26% recup. 12% sint. ctes.	Post (1972)
121 pac.	6 meses	40% no recup. 16% recaen 24% S. residual	Shapiro y Keller (1981)
124 * ancianos	1 año	35% completa 30% mejoría 29% mantuvo	Murphy (1983)
Dep. Mayor	2 años	21% no recup.	Keller y col (1983)
* Factores: Enf. física, AV importantes, marginación social.			

TABLA VII: Depresiones encronizadas.

Pero la evolución íntima de la sintomatología dentro de un episodio es realmente compleja y difícil de estudiar por los factores siguientes:

En primer lugar, por los diferentes factores de riesgo.

En segundo lugar, por las distintas visiones del médico.

En tercer lugar, por los distintos tratamientos que necesariamente se introducen y por lo tanto modifican la sintomatología desde un primer momento.

En cuarto lugar, por la difícil concreción de los criterios de curación. En este sentido, en la tabla VIII añadimos algunos aspectos debatidos sobre lo que debería ser la curación: simplemente la desaparición de los síntomas, la reintegración, el sentimiento subjetivo de bienestar, el que el médico diga que el individuo está bien, el que disminuyan los niveles en una escala de medida de sintomatología, etc.

Existe pues distintos criterios de curación que hacen que sea complejo en un momento determinado el definir y determinar cuales son los enfermos que realmente están bien y en que momento esa mejoría definitivamente se ha producido.

- Número y duración de la hospitalización.
- Grado clínico de recuperación.
- Nivel de empleo.
- Medida general resultante del análisis a través de regresión lineal de las medidas anteriores.

TABLA VIII: Indicadores de mejoría (Brockington et al, 1982).

Tras presentar nuestra visión personal de algunos problemas evolutivos de la depresión y tras enumerar el concepto y las clasificaciones actuales pasamos a analizar los tratamientos actualmente empleados.

En primer lugar veremos la disponibilidad de camas y la información en nuestra area geográfica de trabajo sobre depresiones hospitalizadas que podríamos considerar depresiones bien estudiadas, de gran intensidad clínica, cuadros graves y de más facil comparabilidad con la mayor parte de trabajos publicados en revistas científicas de la especialidad.

6. INDICADORES SANITARIOS DEL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION

A) TRATAMIENTO HOSPITALARIO EN MADRID

El presente estudio se planteó (desde el antiguo INSAN) a fin de conocer la utilización real de los recursos psiquiátricos en régimen de internamiento, no solo en la proporción de camas que se emplean en un momento dado, sino también, desde un punto de vista cualitativo, tipificando el perfil sociodemográfico y clínico de la población psiquiátrica que gravita sobre el sistema asistencial.

Los resultados que obtuvieron fueron los siguientes:

El número total de pacientes internados en el día de la encuesta fue de 2.052 (sin contar los pacientes periféricos). La distribución de los pacientes era la siguiente:

Hospital de día: 95 (4.6%)

Corta estancia: 349 (16.9%): H. General: 238 (11.5%)

Larga estancia: 1.608 (78.5%)

Teniendo en cuenta el total de la población de Madrid (4.726.986 en Mayo de 1983) se obtiene una tasa de hospitalización global de 4.3/100.000 habitantes distribuida de la siguiente forma: hospital de día: 2.0/100.000 hab.

corta estancia: 7.4/100.000 hab.

larga estancia: 34.0/100.000 hab.

Distribución por sexo: H. de día: 47 V y 48 H

Corta estancia: 162 V y 187 H

Larga estancia: 857 V y 751 H

La tasa de hospitalización es mayor para los hombres, sobre todo a expensas de los pacientes internados de larga estancia (1.066 V frente a 986 H).

El número total de camas psiquiátricas en Madrid es de 2.200, de las que 417 corresponden a pacientes de corta estancia y el resto, 1783, a pacientes de larga estancia. Ello representa una proporción de 47 camas por 100.000 habitantes (9 a pacientes de corta estancia y 38 a los de larga).

La distribución de camas psiquiátricas por centros en Madrid queda reflejada en la tabla siguiente (tabla IX). En ella se ha incluido también el nº de camas ocupadas y el índice de ocupación referido al día de la encuesta.

	nº camas	ocupadas	índice ocup.
Camas de corta estancia			
H. Generales: Clínico	88	73	71.59
Provincial	146	144	98.63
R. y Cajal	30	22	73.33
Cruz Roja	15	9	60.00
H. Psiquiát.: Provincial	114	88	77.19
Sta. Isabel	18	13	72.22
Camas de larga estancia			
H. psiq. Provincial	400	329	82.25
H. psiq. Sta. Isabel	233	213	91.41
H. psiq. Sta. Teresa	50	35	70.00
H. psiq. S. Corazón	550	521*	94.72
H. psiq. San José	550	520*	94.54
* hay 8 y 2 pacientes de corta estancia respectivamente			

TABLA IX: Distribución de camas psiquiátricas en Madrid
(del Instituto Regional de Estudios, 1984).

Características de los pacientes de corta estancia (menos de 3 meses):

- Datos sociodemográficos: no hay diferencias estadísticamente significativas entre la proporción de hombres y mujeres de la muestra en relación con la población general. La mayor parte de los pacientes (78%) tienen edades comprendidas entre 20 y 59 años; el 45% son solteros y el 39% casados. En los hombres, los grupos de edad más frecuentes son los juveniles (menos de 40 años) mientras que en las mujeres son los de edad más avanzada (más de 50 años). También se encuentra entre las mujeres una mayor proporción de casadas y viudas, mientras que en los hombres hay más solteros y divorciados/separados.

La mayoría de los pacientes pertenecen a un nivel socioeconómico medio o medio-bajo (70%). El 54% de ellos tiene estudios primarios, un 18% EGB o equivalente, con un 16% de pacientes con BUP, equivalentes y estudios superiores. Destaca un 11% de estos pacientes que son analfabetos, de ellos, el 89% son mujeres.

La profesión más frecuente es la de ama de casa (31%) seguida de un 18% de obreros sin especializar y un porcentaje igual de pacientes sin profesión.

Dentro de la situación laboral destaca un 30% de amas de casa, y sobre todo, un 30% de pacientes que se encuentran sin empleo, con tan solo un 15% de sujetos en activo. Los jubilados representan el 8% de la muestra y un 11% de pacientes están cobrando alguna clase de subsidio por incapacidad laboral.

- Características clínicas: los trastornos más frecuentes entre los pacientes de corta estancia son, fundamentalmente, las esquizofrenias y los trastornos afectivos seguidos de los neuróticos. Hay más hombres esquizofrénicos, alcohólicos, paranoicos y con retraso mental, mientras que en las mujeres son más frecuentes los trastornos afectivos y neuróticos.

Los picos de edades se dan de forma diferente en los distintos diagnósticos. Mientras que en la esquizofrenia se da entre los 20 y 29, en los trastornos afectivos aparecen entre los 50 y 69 años. La dependencia del alcohol es más frecuente entre los 30 y 39 años y las drogas en edades más juveniles: entre 20 y 29 años.

En el 25% de los pacientes de corta estancia se trataba de su primer ingreso, mientras que en el 27% tenían un primer ingreso de 1 a 4 años de antigüedad.

- Características del ingreso y la estancia: la gran mayoría de los pacientes de corta estancia habían ingresado voluntariamente (78%), el 18% lo habían hecho involuntariamente y se encontró un 4% de pacientes ingresados vía judicial.

La vía más frecuente de ingreso es las urgencias del propio centro, en dos tercios de los casos. El 29% procede de las propias consultas y solo el 2% procede de traslados de otras salas del hospital.

La estancia media de todos los pacientes de este grupo era de 2.14 meses.

- Diferencias por hospitales: hay más pacientes de nivel socioeconómico Medio-Medio en los hospitales generales, mientras que en los hospitales psiquiátricos hay una proporción más alta de pacientes de Bajo nivel. Hay más amas de casa y estudiantes entre los pacientes de los hospitales generales y más personas sin profesión y sin empleo en las camas de corta estancia de los hospitales psiquiátricos.

Hay más esquizofrenias, estados paranoides y retrasos mentales en los hospitales psiquiátricos, mientras que, en los hospitales generales hay más trastornos neuróticos, afectivos y de dependencia al alcohol.

Hay más pacientes sin ingreso psiquiátrico previo en los hospitales generales, mientras que en la mitad de los casos de los hospitales psiquiátricos, la antigüedad del cuadro (referido al primer ingreso) es de cinco años o más. Son más antiguos los pacientes que se atienden en las camas de corta estancia de los hospitales psiquiátricos que en las de los hospitales generales. Hay más pacientes con ingresos involuntarios o judiciales entre los pacientes de los hospitales psiquiátricos. En los hospitales generales los pacientes ingresan más voluntariamente y no se encuentran casos judiciales.

Mientras que en el hospital general un 30% de los pacientes carecían de experiencia en internamiento psiquiátrico previo, en los hospitales psiquiátricos la mayor proporción de pacientes (38%) habían tenido cinco o más ingresos.

Características de los pacientes de larga estancia:

- Datos sociodemográficos: en este grupo de pacientes se encuentran más hombres que mujeres. Se trata de una población de edades avanzadas: el 61% de ellos son mayores de 50 años. A partir de los 60 hay más mujeres que hombres. Hay más hombres solteros, casados y divorciados/separados, mientras que entre las mujeres, se encuentran, sobre todo, más viudas.

La mayoría de los pacientes pertenecen al nivel socioeconómico Bajo (68%) y existe una proporción de analfabetos alta (46%).

Llama la atención la alta proporción de pacientes de larga estancia que carecen de posibilidades de disposición de recursos económicos propios: el 61% de ellos no tiene profesión y están sin empleo el 67%.

La enorme mayoría de los pacientes de este grupo carecen de un domicilio que no sea el propio Centro donde están ingresados.

- Características clínicas: en el grupo de larga estancia, los trastornos más frecuentes son, fundamentalmente, esquizofrenias y retrasos mentales. En ambos diagnósticos son más frecuentes los hombres y, solo en las demencias, la proporción de mujeres es más alta. El 89% de las demencias se agrupan por encima de los 60 años, el 88% de las esquizofrenias por encima de los 40 años y el 87% de los retrasos mentales entre los 20 y 69 años.

La antigüedad del cuadro es considerable: el 81% de los casos era superior a los cuatro años, con solo un 10% de casos en los que el actual era su primer ingreso.

- Características del ingreso y la estancia: los pacientes de larga estancia han ingresado con carácter involuntario en su mayoría (en un 85%), encontrándose un 1% de pacientes ingresados por vía judicial. El 61% de los pacientes tiene dos ingresos previos o menos. La estancia media de hospitalización es de cinco años.

Las diferencias entre hospitalizados de corta y larga estancia se deben fundamentalmente a las depresiones. El perfil del enfermo depresivo hospitalizado podemos inferir que es el siguiente: paciente de sexo femenino, de profesión ama de casa, con edad comprendida entre 50 y 69 años, de estado civil casada o viuda, de un nivel socioeconómico medio y con un nivel educacional de estudios primarios; que reingresa (es decir, no es su primera hospitalización) de forma voluntaria en un hospital general, a través del servicio de urgencias y cuya estancia en el hospital tiene un promedio de 2.14 meses de duración.

B) TRATAMIENTO AMBULATORIO

Ayuso y Ramos (1984) estudiaron 172 pacientes consecutivos atendidos por primera vez en tres consultas de neuropsiquiatría de la Seguridad Social de Madrid, remitidos por los médicos de cabecera: la edad media del grupo es de 38.26 años, con mayor representatividad del sexo femenino (65.12%) y estado civil casado. Para la mayoría de los pacientes, se trataba de su 1ª o 2ª fase depresiva con una media de casi cinco meses en el momento de acudir al psiquiatra, habiéndose iniciado la enfermedad en la treintena de la vida.

Solo el 41.28% son remitidos bajo la sospecha de algún tipo de problema psíquico (solo el 21.51% de los pacientes deprimidos son identificados como tales).

El 58.72% de los pacientes deprimidos, fueron enviados por: ausencia de hallazgos exploratorios, fracaso del tratamiento, cefaleas, petición propia...

Las pautas terapéuticas fueron las siguientes: el 52.73% no recibió tratamiento. De los medicados, el 6.06 recibió antidepresivos (con posología insuficiente o por brevedad del periodo de administración). Con empleo preferente de tranquilizantes.

En cuanto a la sintomatología: el 48% presentaban signos claramente melancólicos y el 52% presentaban síntomas que podían inducir a error al médico por su aparente sustrato somático.

La sintomatología propiamente depresiva aparece en la mayoría del grupo bien identificado (68.57%), mientras que los enviados con motivos de referencia negativos, la mayoría (68.43%) manifestaban exteriormente una sintomatología camuflada bajo ropaje más somatiforme.

7. ASPECTOS TERAPEUTICOS DE LAS DEPRESIONES

A) PREVENCION Y ASISTENCIA PSIQUIATRICA

NIVELES DE PREVENCION

PRIMARIO

Su objetivo es disminuir los predisponentes previos a la aparición de la enfermedad depresiva en la población en general.

Para ello es necesario tomar medidas globales de higiene mental y específicas contra las distintas causas y circunstancias que producen o favorecen la aparición de la enfermedad depresiva.

En el momento actual no conocemos de forma precisa los factores etiológicos para luchar contra ellos pero si empezamos a conocer los factores de riesgo.

La prevención centrada en poblaciones de alto riesgo puede amortiguar la incidencia y prevalencia de tales trastornos (ver epidemiología).

Muchos de los factores que influyen en la enfermedad depresiva escapan al campo de la psiquiatría por tratarse de temas sociales, políticos y económicos.

SECUNDARIO

Su objetivo es reducir la incapacidad y duración de las depresiones.

Para ello es necesario efectuar un diagnóstico precoz de la enfermedad e instaurar una terapia rápida y eficaz. Esto supone, aparte de una correcta asistencia, una adecuada sensibilización por parte de la población y de los médicos generalistas que son los que suelen tomar contacto de inicio con el supuesto paciente. También implica un funcionamiento eficaz de los distintos dispositivos establecidos de la red asistencial.

TERCIARIO

Su objetivo es la readaptación y rehabilitación del enfermo ante las incapacidades consecutivas a la propia enfermedad.

Requieren dispositivos y profesionales especializados (clubs, socioterapia, laborterapia...)

NIVELES DE ASISTENCIA PSIQUIATRICA

PRIMARIO

A nivel ambulatorio.

Los médicos generales deberían estar preparados para tratar gran parte de los trastornos psiquiátricos menores que se dan en la población y de remitir a los especialistas el resto.

Aquí tendríamos que destacar todas las consultas especializadas de: psiquiatría general, psiquiatría infantil y psicogeriatría.

SECUNDARIO

Una vez pasado el primer filtro y ya diagnosticados los enfermos, existen eslabones terapéuticos peculiares como pueden ser: las unidades de día, las de drogodependencias, las de alcohólicos, los centros de noche, las clínicas de litio.

Las unidades de hospitalización de corta estancia suponen la hospitalización del enfermo en las unidades de psiquiatría ubicadas en el hospital general. Esto supone las siguientes ventajas: menor discriminación social hacia el paciente, mejor aceptación del internamiento psiquiátrico por parte de la familia y del paciente, un estudio y tratamiento más objetivo de los posibles problemas orgánicos, la colaboración interdisciplinaria, mayor agilidad de altas y ausencia de Neurosis institucional, etc.

TERCIARIO

El hospital psiquiátrico.

No tiene razón de existir en los momentos actuales y dado el tipo de enfermedad que estamos tratando.

Existen centros de rehabilitación para algunos pacientes, aunque en el campo de las depresiones serían utilizados por una mínima cantidad de pacientes. Estos serían: residencias de asistidos, talleres ocupacionales.

B) ELECCION DE TRATAMIENTO

Kuhn en los años 50 demuestra la utilización de la imipramina como antidepresivo y desde entonces hasta hoy se ha demostrado reiteradas veces la superioridad de este tipo de fármacos respecto al placebo como vemos en la tabla X.

Nombre genérico	>plac.	=plac.	>imip.	=imip.	<imip.
TRICICLICOS:					
Imipramina	30	14			
Amitriptilina	9	2	2	5	0
Desipramina	3	2	0	6	1
Nortriptilina	4	0	0	0	0
Protriptilina	2	0	0	2	0
Opipramol	4	0	0	0	0
Trimipramina	1	0	2	0	0
TETRACICLICOS:					
Maprotilina	2	2	0	10	0

TABLA X: Resumen de evaluación controlada a doble ciego (tomado de John M. Davis, 1984).

Posteriormente se han investigado los fármacos con propiedades antidepresivas que obedecen a familias muy diferentes y que se han mostrado comparativamente efectivos con los fármacos antidepresivos tricíclicos y en concreto con la imipramina (tabla XI).

Porcentaje de buenos resultados					
nº pac.	Nombre genérico		Plac.	Tric St.	Diferencia
186	Amoxapina	81	57		+ 24
784	Amoxapina	79		73	+ 6
725	Tradozone	61	29		+ 32
1037	Tradozone	62		58	+ 4
199	Trimipramina			42	16
350	Clorimipramina	61		62	- 1
299	Lofepramina	55		60	- 5
135	(55/80)	82/72	43/51		40/27
1638	Maprotilina	73		73	0
155	Nomifensina	80	24		+ 62
220	Nomifensina	54		55	- 1
434	Viloxazina	64		62	+ 2
239	Mianserina	67	25		+ 42
594	Mianserina	54		64	- 10

TABLA XI. Antidepresivos versus placebo y tricíclicos standard (adaptado de John M. Davis, 1984).

Sin embargo, el hecho de que casi entre un 25 y un 40% de enfermos respondan con placebo, nos hace pensar que la historia natural de la enfermedad hace que esta enfermedad cíclica termine en un momento determinado independientemente de la aplicación de un tratamiento biológico. Por otro lado, que existan una serie de factores etiológicos que justifiquen su sintomatología, la pongan en marcha o sea su causa y que al desaparecer estos desaparezca la sintomatología. O finalmente que existen posibilidades de tratamiento psicoterapéutico, socioambiental o de otro nivel que curan la depresión al igual que lo hacen los fármacos antidepresivos.

El tratamiento de los estados depresivos puede tener un carácter sintomático cuando se actúa sobre la ansiedad y el insomnio. Los antidepresivos tricíclicos por su efecto sedante, pueden tener un efecto inespecífico sobre este tipo de síntomas, lo cual puede contribuir a la mejoría del cuadro general (Velasco, 1981).

La indicación fundamental de los antidepresivos tricíclicos es la depresión endógena, no reactiva, pura. Para Bueno (1983) es necesario la utilización de un tricíclico, como primer paso, en todas las depresiones mayores sean o no melancólicas.

Algunas depresiones llamadas reactivas, dan un alto grado de respuesta a los placebos, por lo que se hacen más bien candidatas a la psicoterapia. En ellas solo está indicado el tratamiento farmacológico de tipo sintomático.

La terapia electroconvulsiva sigue ocupando un puesto importante en el tratamiento de los trastornos afectivos; su empleo debe reservarse a las siguientes circunstancias:

- Gravedad de la depresión:

Casos muy intensos: formas delirantes y paranoides graves.

Inanición continuada

Gran riesgo de suicidio

- Fracaso del tratamiento farmacológico o interrupción por graves efectos adversos (eficaz hasta en el 50% de los sujetos que no responden a los antidepresivos).

En la elección del antidepresivo es importante tener en cuenta la historia familiar ya que parece ser que las probabilidades de respuesta farmacológica en base a respuestas previas obtenidas en familiares cercanos es evidente (Pare, 1962). También es importante utilizar antidepresivos con buenos resultados previos en el propio paciente.

Existen varias circunstancias que motivan el ingreso en un hospital de un paciente con un episodio depresivo:

- Clínicas: Depresiones inhibidas
Depresiones ansiosas
Depresiones delirantes y paranoides
Depresiones refractarias y encronizadas
Riesgo de suicidio
- Familiares: Familias mal adaptadas
Familias primitivas
Baja tolerancia al paciente
- Sociales: Carencia de familia
Familia distanciada
- Médicos: Personalidad del psiquiatra (inseguro)
Cansancio físico.

En la tabla XII podemos observar distintas pautas terapéuticas (por orden de elección) según las características del trastorno afectivo.

D. M. ANSIOSA	1) TRIC. (amitrip. o clorimip.) 2) IMAO
D. M. INHIBIDA	1) TRIC. (imi., nortrip. o desi.) eventualmente TRIC + IMAO
D. M. DELIRANTE	TRIC + NEUROLEPTICOS
D. M. ENCRONIZADA-RESIST.	1) TRIC + TETRAC + 5 OH Tp 2) TRIC + H. TIROIDEAS 3) TRIC + TETRAC + NEUROLEPTICOS 4) TRIC + IMAO 5) AD + S. LITIO 6) AD + PRIVACION SUEÑO 7) TRIC + ANFETA. (p. breves) 8) TRIC + TEC
D. M. RECURRENTE	Fase aguda: TRIC o IMAO (2a) Px: AD fase aguda (mitad dosis) Dipropilacetamida Sales de litio Carbamacepina
T. BIPOLAR DEPRESIVO	TRIC (peligro de manía) Px: sales litio y/o carbamacepina
D. ATIPICA	IMAOS (fenelcina). TRIC (2a)

TABLA XII: Manejo de antidepresivos en algunos trastornos afectivos (Conde y Santiago, 1986).

C) ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS

ESTRUCTURA QUIMICA

Son sustancias emparentadas químicamente con las fenotiazinas. Pertenecen a dos grupos químicos distintos:

1. Dibenzodiacepinas: que son isómeros de las fenotiazinas en las que se sustituye el S del anillo central por un puente etileno (-CH₂-CH₂-).

Dentro de este grupo estarían:

Imipramina
Clorimipramina
Trimipramina
Desipramina
Opipramol

2. Dibenzocicloheptadienos: con una configuración similar a los tioxantenos (los tioxantenos provienen de sustituir el nitrógeno de las fenotiazinas por un átomo de carbono). Están formados por un anillo central heptagonal (por sustitución del S) con una cadena lateral. Esta estructura recuerda mucho a las aminas biógenas.

A este grupo pertenecen:

Amitriptilina
Nortriptilina
Protriptilina

Su acción terapéutica parece residir en la inhibición de la recaptación de neurotransmisores serotoninérgicos y noradrenérgicos.

Se ha comprobado que los TCA que contienen aminos secundarias (nortriptilina, desipramina, protriptilina) bloquean de una forma más selectiva la recaptación de noradrenalina mientras que los que poseen aminos terciarias (amitriptilina, imipramina, clorimipramina, trimipramina, doxepin) inhiben más selectivamente la recaptación de serotonina.

Puede ser necesario considerar la presencia de síntomas asociados, como sedación o inhibición, que requieren fármacos como imipramina o nortriptilina y la ansiedad intensa que haría aconsejable recurrir a fármacos del tipo amitriptilina o doxepina (tabla XIII).

Antidepresivo	SEDACION	ANTICOL.	SEROTON.	NORADRE.
Imipramina	++	++	++	++
Amitriptilina	+++	+++	+++	+
Desipramina	+	+	0	+++
Nortriptilina	++	++	+	++
Doxepina	+++	+++		Debil
Protriptilina	0	++		Ignorada

TABLA XIII: Acciones de los antidepresivos tricíclicos.

FARMACOCINETICA

Los TCA son compuestos de caracter básico. Su estructura tricíclica les hace muy liposolubles. Por ello son fármacos que se absorben muy bien por vía oral. Atraviesan con facilidad la barrera placentaria y la hematoencefálica.

Su máxima concentración plasmática se alcanza a las 4-8 horas de su administración. Pero en pacientes que toman estos fármacos durante espacios de tiempo prolongados, por su acción anticolinérgica que retrasa el vaciamiento gástrico, la concentración máxima plasmática se alcanza en 12-24 horas.

La unión de los TCA a las proteínas plasmáticas es importante aunque muy variable. Por ejemplo, la unión de la imipramina a las proteínas plasmáticas oscila entre el 76 y el 95%.

Los TCA se fijan intensamente a los tejidos sobre todo en sistema nervioso. La concentración de los TCA en cerebro es 20 veces superior a la concentración plasmática. Las concentraciones máximas en cerebro se encuentran en amígdala y en ganglios de la base.

El metabolismo de los TCA se realiza sobre todo a nivel hepático. Por las distintas vías metabólicas se suelen originar metabolitos activos; así la imipramina por N-desmetilación origina la desmetilimipramina (Desipramina) y la amitriptilina, por el mismo procedimiento origina desmetilamitriptilina (Nortriptilina).

La eliminación se realiza en más de un 90% por orina. A nivel renal la eliminación tiene lugar por filtración glomerular y existe un componente de reabsorción tubular que es favorecida por un medio alcalino. Por ello la importancia de la acidificación de la orina en las intoxicaciones por TCA (Velasco, 1981).

DOSIFICACION

Actualmente, la dosificación ha de establecerse de un modo empírico según la tolerancia individual.

Como pauta habitual en el adulto, Velasco (1981) recomienda 50-75 mg./día de imipramina (como fármaco de referencia) al inicio del tratamiento, primero y segundo días. Posteriormente los incrementos se hacen a razón de 25-50 mg/día cada tres días, de modo que al tercer día de tratamiento se llegue a los 100 mg/día y a los 125-150 mg/día al sexto día. Esta dosis se mantiene durante 1-2 semanas antes de seguir incrementándola en el caso de no ser eficaz. Una vez alcanzada las dosis máximas sin efecto favorable, se recomienda mantenerlas por espacio de 2-4 semanas como mínimo antes de modificar el tratamiento. Cuando al cabo de cuatro semanas con dosis eficaces no se halla obtenido respuesta antidepresiva se cambiará a ser posible por otro de espectro opuesto sobre las aminas biógenas (Ayuso, 1981; Bueno, 1983). Algunos autores proponen seis semanas para evaluar la efectividad del fármaco (Quitkin y col 1984).

Cuando se ha alcanzado el éxito terapéutico debe realizarse un tratamiento continuado durante 6-8 meses en los cuales puede, habitualmente, reducirse la dosificación a unos 50-100 mg/día (Kessler, 1978).

En cuanto a la relación niveles plasmáticos-eficacia clínica llama la atención el que algunos compuestos como la nortriptilina tienen una "ventana" de buena respuesta antidepressiva (de 139 a 175 ng/ml); por encima o debajo de estos valores la eficacia clínica disminuye. La protriptilina tiene su nivel de respuesta entre 190 y 270 ng/ml. En cambio con los tricíclicos con aminas terciarias parece existir una relación directa tasas plasmáticas-respuesta terapéutica, aunque otros estudios niegan la existencia de esta relación.

También conviene tener en cuenta que el efecto antidepressivo depende de la fracción libre plasmática del TCA que, como ya vimos, es muy variable (lo que medimos con los niveles plasmáticos es la fracción libre más la ligada a proteínas).

A pesar de todo lo anterior, autores como Velasco-Martín dicen que habría una concentración plasmática mínima de TCA por debajo de la cual no existiría efecto antidepressivo. Estos niveles mínimos estarían en 50 ng/ml para la amitriptilina y en 45 ng/ml para la imipramina (Uges, 1980).

De todas formas, en la actualidad, no se han descrito grandes ventajas con la monitorización de los niveles

plasmáticos de TCA, salvo en casos de intoxicaciones y en algunos fracasos terapéuticos.

Los pacientes que no responden a tricíclicos (con dosis eficaces y durante un intervalo de cuatro semanas) se ha visto que son pacientes con mayor número de episodios anteriores y dan mayor ansiedad en la escala de Hamilton realizada de cara al tratamiento (Rose y col, 1986).

TOXICIDAD Y EFECTOS SECUNDARIOS

Entre los efectos indeseables destacan los siguientes:

S.E.C.: excitación, angustia, confusión, incluso delirio por efecto atropínico, intranquilidad, euforia, labilidad afectiva, fatiga, disminución de reflejos polisinápticos, hiperreflexia. Trastornos del sueño con somnolencia inicial que deja paso a insomnio (más marcado con los fármacos más desinhibidores). Vértigos, cefalea, temblor intencional, disartria, convulsiones, a veces parkinsonismo. En ocasiones puede desenmascarse síntomas hipomaniacos o esquizofrénicos, o presentarse una verdadera psicosis tóxica con alucinaciones, desorientación y agitación.

Ap. C-V: hipotensión ortostática, insuficiencia cardíaca congestiva y arritmias cardíacas, con palpitaciones, taquicardia, bloqueo de conducción, extrasístoles ventriculares, prolongación del espacio QT, aplanamiento de T, inversión del espacio segmento ST, ondas U prominentes.

S.E.A.: sequedad de boca, acalasia, hipoclorhidria, constipación, retención urinaria, cicloplejia, midriasis, hipertensión ocular, inhibición de la eyaculación.

Endocrino: hiperhidrosis, sofocos, aumento de peso, amenorrea.

Carencias de vit. B con glositis, estomatitis, encefalopatía, polineuritis.

Hematológicas: eosinofilia.

Hipersensibilidad: fotosensibilización, rash cutaneo, prurito, edema angioneurótico, agranulocitosis, ictericia colostática reversible.

Efectos teratógenos: dismorfogénesis.

Johnson (1974), encuestó a 73 médicos generales sobre la dosis máxima de tricíclicos que usarían, solo 21 respondieron 100 o más mg/diarios. La razón de no usar dosis más altas era el problema de los efectos secundarios.

Para Kotin y col (1973) está claro que aparte de la predisposición en contra de los fármacos por parte del psiquiatra, una de las causas principales de que no se prescriban psicofármacos o se haga a dosis pequeñas es la poca familiaridad con los fármacos y el miedo a los efectos secundarios.

RESISTENCIA

Kielholz, en un análisis sobre la frecuencia y tratamiento de la depresión resistente presentado ante la Asociación

Mundial de Psiquiatría reunida en Viena (1984) manifestó que el 60-70% de todos los pacientes deprimidos responden a un primer tratamiento antidepresivo y un 10-15% adicional van a requerir ECT o antidepresivos alternativos. Tal evidencia estaba basada en parte en estudios publicados previamente por Kálholz y col. (1982) y cuya cifra es similar a la reseñada por Eccleston (1988).

Akiskal (1985) ha subdividido los factores involucrados en el fracaso terapéutico en tres categorías. Los factores farmacológicos incluyen: inadecuada dosis de fármaco antidepresivo y duración del tratamiento; factores farmacocinéticos que conducen a niveles inadecuados de antidepresivo en los tejidos; y la presencia de otras sustancias que puedan interferir con el transporte y/o con el metabolismo del antidepresivo en el organismo.

Aquí vemos como los niveles sanguíneos de antidepresivos es de particular importancia en la decisión de incluir o no a un paciente como resistente al tratamiento (Leonard, 1988).

Una alternativa para comprender las diferencias entre resistencia al tratamiento antidepresivo y depresiones no resistentes podría ser el considerar la relación entre síntomas específicos y la resistencia a tipos específicos de tratamiento.

Glassman y col. (1975) y Quitkin y col. (1978) han sugerido que la depresión delirante representa un subtipo distinto de depresión unipolar, la cual podría estar

caracterizada por una respuesta variable al tratamiento antidepresivo con tricíclicos, pero con una buena respuesta a ECT o a antidepresivos tricíclicos combinados con neurolépticos. Esto ha sido confirmado en un estudio más reciente por Spiker y col. (1985), quienes mostraron que la combinación de amitriptilina con perfenazina (neuroléptico) en el tratamiento de pacientes deprimidos con delirio era claramente superior que cualquiera de los dos fármacos por separado.

Otro subgrupo que puede mostrar resistencia a la terapia antidepresiva es el de pacientes cuyo trastorno afectivo es considerado como de ciclaje rápido y en cuyo tratamiento se incluyen las sales de litio en combinación con antidepresivos tricíclicos, hormonas tiroideas, carbamacepina y clorgilina (IMAO) (Alarcón, 1985).

PROFILAXIS DEPRESION MAYOR RECURRENTE

Muchos autores están de acuerdo en la utilización de antidepresivos tricíclicos como medida profiláctica en el trastorno depresivo mayor recurrente.

Tras obtenerse el éxito terapéutico, debe mantenerse el mismo antidepresivo durante un periodo de seis a ocho meses en los cuales puede reducirse la dosis a la mitad.

Esta medida se ha visto efectiva en múltiples trabajos publicados y que a continuación recogemos (tabla XIV).

Autores		Placebo	Triciclicos
Prien et al, 1973	Recaidas	24	17
	Sano	2	10
Mindham et al, 1975	Recaidas	21	11
	Sano	21	39
Klerman et al, 1974	Recaidas	27	6
	Sano	40	33
Coppen et al, 1978	Recaidas	5	0
	Sano	11	13
Quitkin et al, 1978	Recaidas	6	5
	Sano	2	3
Seager and Bird, 1962	Recaidas	11	2
	Sano	5	10
Kay et al, 1970	Recaidas	24	8
	Sano	7	26

TABLA XIV: Placebo - triciclicos. Prevención recaidas Depresión Recurrente

Prien y col (1986) mantienen que el abandono del tratamiento antidepresivo solo se puede hacer cuando han transcurrido de 16 a 20 semanas en las cuales el paciente ha permanecido libre de síntomas principales.

Se debe de tener en cuenta el riesgo y consecuencias de la recaída y comparar con los problemas asociados al tratamiento prolongado. Se debe continuar la medicación durante 6-12 meses desde el control inicial de los síntomas y se reduce durante semanas, aumentandola ante los signos de una posible recaída (Quitkin y col, 1976; Ayd, 1979; Klerman, 1978; Shader y col, 1983).

D) NUEVOS ANTIDEPRESIVOS

La segunda generación de antidepresivos incluye moléculas que difieren mucho entre sí desde el punto de vista de su estructura.

Prácticamente todos los antidepresivos que han ido apareciendo con posterioridad a la imipramina han utilizado los mismos argumentos para su lanzamiento: una mayor rapidez de acción, menos efectos secundarios y más amplio "espectro", sin que en términos generales ninguno haya desbancado como producto de primera elección al antidepresivo patrón (Saiz y Martín, 1987).

El perfil de los efectos secundarios no es mejor, sino simplemente distinto (Ochsenfahrt, 1984).

Podemos clasificarlos en:

1. Fármacos tricíclicos:

Amineptina

Amoxapina

Desulepina

Lofepamina

2. Fármacos tetracíclicos:

Maprotilina

Mianserina

Pirlindol

3. Fármacos no tricíclicos:

serotoninérgicos: Citalopram

Fluoxetina

Fluvoxamina

Tradozone

Otros: Adinazolam

Bupropion

Iprindol

Rolipram

SAMe

Viloxazina

Zimelidina y Nomifensina

A pesar de que la evidencia bibliográfica sea amplia, la experiencia clínica no avala, por el momento y en términos generales, una eficacia en los nuevos fármacos comparable a la de los tricíclicos e IMAOs.

Respecto a los efectos secundarios, se puede decir que las moléculas desprovistas de actividad anticolinérgica o atóxicas para el miocardio pueden poseer acciones indeseables menos "molestas", pero mucho más peligrosas para el organismo (Saiz y Martín, 1987).

E) PROFILAXIS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS BIPOLARES

SALES DE LITIO: en España solo existe una presentación a base de comprimidos con 400 mg de carbonato de litio.

En cuanto a su mecanismo de acción, se le conocen acciones a nivel de neurotransmisión sináptica, a nivel de permeabilidad iónica celular y en el AMP cíclico.

Su absorción es rápida y completa, no se une a proteínas y se difunde rápidamente en los tejidos, aunque su penetración en el cerebro es lenta. La concentración en LCR es la mitad que en el plasma. La vida media plasmática está entre 10 y 20 horas, de eliminación renal.

Antes de iniciar la terapéutica se debe practicar un examen somático general que incluye analítica urinaria y sanguínea completa, con pruebas tiroideas y valores de funcionalismo renal. Se aconseja repetir la exploración anualmente.

Se establecen los controles a través de examen de la litemia. Se efectúa por la mañana, tras 10-12 horas de la última ingesta. Se efectúa un control semanal durante el primer mes; posteriormente un control mensual durante seis meses y luego uno semestral. Se consideran los niveles óptimos entre 0.6-0.8 mEq para la mínima titulación eficaz y 1-1.2 mEq para la máxima no tóxica. Niveles de 2 mEq son casi siempre tóxicos y los de 5 mEq letales.

Los efectos secundarios aparecen en la tabla XV.

EFECTOS 2º	Iniciales no peligrosos	Persistentes no peligrosos	Amenaza de intoxicación
Nauseas	+	-	-
Vómitos, diarrea	+	-	+
Temblor debil manos	+	+	-
Temblor intenso manos	-	-	+
Poliuria, polidipsia	+	+	-
Aumento de peso	-	+	-
Bocio, mixedema	-	+	-
Edemas	-	+	-
Somnolencia, apatía	-	-	+
Vértigo	-	-	+
Disartria	-	-	+

TABLA XV: Efectos secundarios de las sales de litio (Schou, 1976)

Otros autores han señalado otros síntomas de intoxicación, como son los estados confusionales, la debilidad muscular, la hipertonía muscular, las mioclonías, las fasciculaciones, la hiperreflexia, la ataxia, el tinnitus, la visión borrosa, las convulsiones, el estupor y el coma.

Las contraindicaciones y precauciones se establecen según el estado somático, extremadamente rigurosa la vigilancia en insuficiencia renal y cardiaca. Está demostrada su capacidad teratogénica y la retención de litio al reducirse los niveles de sodio hasta llegar incluso a la intoxicación (por dieta, diarrea, vómitos...) y control de su uso en el hipotiroidismo.

Aparte de su indicación para la prevención de recaídas en la D. Bipolar (tabla XVI), tiene otras utilidades como: fase

maniaca, psicosis esquizoafectivas, ciertas D. endógenas unipolares, agresividad...

Autores		Placebo	Sales litio
Beastrup et al, 1970	Recaída	9	0
	Asintomático	8	17
Prien et al, 1973	Recaída	14	13
	Asintomático	2	14
Persson, 1972	Recaída	14	6
	Asintomático	7	15
Coppen et al, 1963	Recaída	12	1
	Asintomático	3	10
Dunner et al, 1976	Recaída	9	8
	Asintomático	5	6
Quitkin et al, 1978	Recaída	4	2
	Asintomático	1	3

TABLA XVI: Placebo - sales de litio. Prevención recaídas Depresión Bipolar.

DIPROPILACETAMIDA: habitualmente se emplea asociado al carbonato de litio en los casos en que este no puede administrarse a la dosis considerada como terapéutica por problemas de toxicidad.

CARBAMACEPINA: fármaco tricíclico que se ha utilizado como antineurálgico, anticonvulsivante y antimigrañoso. Las dosis recomendadas en los episodios son de 400 a 1200 mg al día y como profiláctico de 200 a 600 mg al día. El efecto secundario más frecuente es la somnolencia excesiva.

F) PSICOTERAPIA

La mayoría de los estudios de seguimiento de pacientes depresivos tratados con psicofármacos y con psicofármacos más psicoterapia llegan a la conclusión que en los que se han seguido ambas técnicas conjuntamente obtienen mejores resultados que los tratados solo con antidepresivos.

La práctica del tratamiento combinado exige la adopción de una estrategia en dos etapas (Ayuso, 1981):

En la primera etapa, la terapia de apoyo que debe acompañar a la administración de la medicación timoláptica, tratará de brindar al paciente un soporte emocional y de conseguir de él la mejor cooperación en el programa terapéutico.

Hay que explicarle al paciente sobre el carácter temporal y el pronóstico favorable de la enfermedad depresiva; así como sobre la relación de los síntomas somáticos y psíquicos con el trastorno afectivo básico.

Hay que darle información sobre la acción farmacológica del medicamento, en especial de su prolongado periodo de latencia y de los efectos colaterales, cuya aparición se relaciona con la acción terapéutica.

Tenemos que instruir a los familiares sobre el cuidado y manejo del paciente, instándoles a que efectúen los oportunos cambios ambientales.

Hay que disuadir al paciente de la práctica de tareas complejas en las que el probable fracaso reforzaría el sentimiento de desvalorización ya existente y estimular la autoestima del paciente destacando los logros y los resultados positivos obtenidos en el transcurso de su curva vital.

Hay que intervenir para contrarrestar los temores que el paciente tiene respecto al deterioro de la salud física, a la moralidad culposa o al desamparo económico. También debemos buscar protección del suicidio a través de evitar el posible riesgo.

En una segunda etapa el esfuerzo terapéutico debería centrarse en lograr una modificación auténtica de la estructura de la personalidad melancólica, elemento básico en el desarrollo del síndrome depresivo.

En la siguiente tabla (tabla XVII) exponemos de forma resumida las distintas pruebas de la eficacia del tratamiento de mantenimiento de la depresión.

Lugar	Tiempo	Tratamiento	ANTIDEPRESIVOS	PSICOTERAPIA
New Haven	8	Amitriptili- na/placebo/ sin tto.	Reducción del por- centaje de recaí- das y prevención de la reaparición de los síntomas. Sin efecto sobre el funcionamiento social.	Mejoría del funcionamiento y comunicación social global. Sin efecto so- bre el porcen- taje de recaí- das o síntomas
	8	Psicoterapia individual (N=150)		
Baltimore	16	Imipramina/ diazepam/ placebo	Reducción del por- centaje de recaí- das y prevención de la reaparición de los síntomas, mejoría de las percepciones in- terpersonales.	Mejoría del entendimiento empatético. Reducción de la sensibili- dad interper- sonal. Sin e- fecto sobre el porcentaje de recaídas o síntomas.
	4	Terapia de grupo. (N=149)		
Filadelfia	3	Amitriptili- na/placebo. Terapia ma- rital. (N=196)	Síntomas reducidos en un mes y ten- dencia al manteni- miento de la re- ducción en tres meses. Sin efecto en las relaciones matrimoniales.	Efecto positi- vo en la par- ticipación fami- liar y matri- monial. Sínto- mas positivos de mejoría pe- ro no tanto como con fár- macos.

TABLA XVII: Resumen de las pruebas de la eficacia del trata-
miento de mantenimiento de la depresión (Lipton)

G) SOCIOTERAPIA

Se trata de dar algunas pautas a seguir por el enfermo depresivo y su entorno, que deben ser indicadas por el médico desde el inicio del tratamiento, y que tienden a solucionar hábitos inadecuados que el paciente ha podido asumir en función de su estado psíquico, o que poseía con anterioridad a este, y que de alguna manera inciden negativamente sobre los síntomas actuales.

Toda labor socioterápica hay que centrarla en dos aspectos: por un lado es importante el favorecimiento de la autoestima del paciente y por otro el impedir la incomunicación del mismo con su entorno.

Hay que permitir y fomentar que el enfermo mantenga una vida lo más activa que pueda, con la ayuda comprensiva de la familia.

La práctica de ejercicios físicos, el mantener los "hobbies" o cualquier otras ocupaciones que les mantengan distraídos y activos pueden constituir magníficos medios socioterapéuticos.

H) HOSPITALIZACION

Otro capítulo al que también dedicaremos especial atención es sobre la decisión de hospitalizar o no a estos enfermos.

Pueden plantearse los siguientes motivos: en primer lugar clínicos, como consecuencia del riesgo de suicidio o la intensidad de sintomatología que impida que el individuo tenga unos mínimos hábitos de autonomía y que el estado de postración, de inhibición junto con el sentimiento intenso le hagan incompatible con la vida normal.

Puede haber motivos demográficos, esto es factores ligados a la edad, al nivel socioeconómico, al nivel cultural, que hagan que algunos grupos tengan mayor riesgo o mayor posibilidad de hospitalizar, bien por su demanda, bien por la oferta de servicio de salud correspondiente, o bien por otras circunstancias que en su momento analizaremos.

En tercer lugar, puede haber motivos evolutivos sobre los cuales, enfermos muy conocidos y que se sepa que responden bien a determinados tratamientos como puedan ser las técnicas de electroestimulación, ser inmediatamente hospitalizados al reaparecer la sintomatología.

Pueden existir motivos terapéuticos que hagan y aconsejen la aplicación de fármacos por vía intravenosa o bien de otras técnicas como la agripnia, o bien de la misma TEC que aconsejen la estancia durante breves periodos de tiempo en las salas de los hospitales.

Pero el gran grupo de enfermos que a nosotros tambien nos va a interesar es el de pacientes que ingresan porque van mal y porque el fracaso del sistema ambulatorio hace que la demanda personal se dirija hacia un monstruo de la sanidad, hacia el mago por excelencia que pueda ser la hospitalización con todo el poder mágico que encierra dentro de sus paredes, dentro de su coste económico y dentro de la discusión que su utilización conlleva a nivel de medios de comunicación social y a nivel de la población en general.

Si la decisión de hospitalización va a ser discutida por nosotros, lo va a ser en función de entender este eslabón sanitario como una combinación de las siguientes técnicas: en primer lugar, es un tratamiento ambiental en el que el individuo es sometido a unos estímulos homogéneos de 24 horas, con un cuidado continuado en un ambiente que debería estar regido por las siguientes premisas: ambiente de contacto con la realidad, de incorporación al trabajo y actividad permanente, continuidad con su medio ambiente y de aplicación de unas técnicas sanitarias complejas, sistemáticas, pero muy específicas.

En segundo lugar, en la hospitalización juega el elemento socioterapéutico, que a través de la relación entre los mismos enfermos y de los enfermos con el hospital va a generar un sistema afectivo, un sistema social de gran importancia terapéutica, en el que el compartir las experiencias o

simplemente el ver y vivir la enfermedad de los demás, va a tener a su vez o va a poder tener efectos beneficiosos.

Y por último, el hospital es un lugar idoneo para estudiar clínicamente la evolución de la sintomatología y aplicar inmediatamente remedios a síntomas que fuera, en el medio ambulatorio, son imprecisos, impredecibles o simplemente de muy difícil filiación.

Respecto a la comparación de trabajos de enfermos depresivos hospitalizados, también hemos de decir que existen serias dificultades ya que los indicadores epidemiológicos de hospitalización son muy heterogéneos y cada hospital sirve a una población diferente, con unas premisas económicas, técnicas y organizativas diferentes; en ese sentido, la fuente de ingresos, el tipo de financiación, la orientación teórica o el tipo de enfermos que tienen que atender, van a variar la comparación de datos procedentes de pacientes hospitalizados.

En la práctica, la hospitalización por depresión en los hospitales generales es casi un 30% del total, tanto en nuestro país como en otros ámbitos geográficos.

8. INADECUACION DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO

Se estima que muchos de los pacientes hospitalizados por causa de un episodio depresivo, son personas que no han recibido tratamiento psicofarmacológico ambulatorio adecuado. Esto, puede ser causado por alguno de los siguientes motivos:

- Desacierto en el diagnóstico.
- Utilización de psicofármacos inadecuados.
- Uso de dosis no eficaces de la medicación correcta.
- Eventualidad del tratamiento.
- Descuido del tratamiento por parte del paciente
- Predisposición en contra o poca familiaridad con los psicofármacos por parte del médico
- La existencia de una emergencia que requiera la hospitalización.
- El número de pacientes que visita al psiquiatra fuera de la clínica es bajo: en muchos de los casos, el paciente es tratado por el médico de cabecera y no llega a ser visto por el especialista en psiquiatría.

Todo esto lleva a las siguientes consecuencias:

- El paciente va a tardar más tiempo en recuperarse.
- Aumenta el riesgo de encronización de la depresión.
- Aumenta el riesgo de suicidio.
- Se recargan los hospitales y aumenta el gasto para la Sociedad (baja laboral y posterior ingreso).

A) MOTIVOS

DESACIERTO EN EL DIAGNOSTICO

Johnson (1973), con la colaboración de los médicos generales hizo un estudio sobre los pacientes con un nuevo episodio depresivo. De los 91 entrevistados, 2 no estaban deprimidos y 15 tenían un trastorno primario de la personalidad

Estudios han demostrado que pacientes con tratamiento psiquiátrico inadecuado son los que acuden a consulta con más frecuencia y prueban más tratamientos que los pacientes diagnosticados correctamente. Para ello es esencial tener conocimientos psiquiátricos (ya que con frecuencia los pacientes acuden al médico general) y criterios diagnósticos para la selección de psicofármacos adecuados y/o intervención psicoterápica (Schulberg y col, 1987).

VISITA AL MEDICO NO ESPECIALISTA

Alrededor del 70% de las prescripciones de antidepresivos tricíclicos las recetan médicos que no son psiquiatras. Las depresiones, a pesar de su amplia incidencia y de la cantidad de recetas que se expenden de antidepresivos, todavía son muchos los que creen que los pacientes deprimidos, o bien pasan desapercibidos, o bien son incorrectamente tratados.

En la mayor parte de los casos, la prescripción, por lo menos en el primer momento, suele darla el médico de cabecera que elige el antidepresivo más conocido sin tener en cuenta los

factores sociales, los individuales, el tipo de depresión y , sobre todo, las particularidades farmacológicas del medicamento

Weissman y col (1981): de 23 pacientes con depresión y sin tratamiento, el 62% hace seis o más visitas al médico general en contraste con el 28.9% de los pacientes con otras alteraciones psiquiátricas y el 26.6% de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico. Son las personas con depresión las que acuden al psiquiatra y médico general con mayor frecuencia. Los que no reciben tratamiento específico para sus problemas emocionales hacen visitas frecuentes al médico no especialista.

Según refieren Ayuso y Ramos (1984), el médico no psiquiatra se encuentra ante un paciente que habitualmente le ofrece quejas verbalizadas como trastornos físicos y el médico, movido por una formación básicamente organicista, responde con una conducta que trata de confirmar la supuesta organicidad del síntoma, todo ello sin profundizar en los aspectos personales del paciente y sin valorar su entorno social.

Tipo Tto.	Nunca	Raras	Algunas	A menudo	Siempre
Antidepresivos	10	25	50	15	0
Ansiolíticos	14	41	40	5	0
Consejo	1	6	27	51	14
Envío al psiq.	28	36	30	6	0
Ejercicio	7	16	38	34	5
Dieta	30	32	29	9	4

TABLA XVIII: Manejo de la depresión por el médico general (extraído de Daniel y col, 1986).

Existen muchos trabajos sobre estos temas (tabla XVIII), en concreto destacaremos el del Prof. Ballus presentado en el Congreso de Psiquiatría Social en Madrid en el año 1984, en el que destaca como la prescripción de antidepresivos por el médico no psiquiatra tiene dos graves lacras: por un lado el tiempo insuficiente y por otro, la no contemplación de efectos secundarios y la excesiva combinación con otros fármacos.

Estos cuatro elementos van a ser una constante que van a hacer que, si bien por un lado las prescripciones de antidepresivos son las más habituales en muchas de las consultas médicas, la efectividad clínica no sea desgraciadamente la deseable y de ahí que los enfermos recorran unos médicos y otros buscando un tratamiento que podría fácilmente estar en la mano del primero de ellos, del eslabón de asistencia primaria que en un primer lugar detectó el problema.

Posteriormente, realizó un estudio sobre el diagnóstico y tratamiento de los trastornos afectivos en el Hospital General, el cual resumimos en la tabla XIX. Y concluye diciendo que las benzodiazepinas y los hipnóticos son más utilizados que los antidepresivos por los siguientes motivos: el miedo a la toxicidad de los antidepresivos y la carencia de criterios diagnósticos en medicina general para el diagnóstico precoz. También afirma que la no utilización de dosis terapéuticas conlleva la cronificación del cuadro y el riesgo de conductas autolíticas.



Servicio	Via	Diagnóstico	Tratamiento
Ginecología	Hospit.	D. Severa (2%)	Psiquiatría
		Disf. postparto (98%)	Alta. Ansiolit.
	Ambulat.	D. Endógena (0.4%)	Psiquiatría
		Disf. no endog. (10%)	Clarif. Ginec.
Pat. General	Ambulat.	D. Endógena (10%)	Psiquiatría
Med. Interna		D. no endog. (90%)	Ansiolíticos
	H. infec.	D. Endógena (3-4%)	Psiquiatría
		D. Secundaria	80% ansiolit.
			20% neurolog.
	Ambulat.	D. Endógena (3-4%)	seniles=maprot.
		D. no endog. (10%)	C-V= doxepina
			resto= imipram.

TABLA XIX: Diagnóstico y tratamiento de los trastornos afectivos en el Hospital General (Ballus, 1986).

PRESCRIPCION INADECUADA DE PSICOFARMACOS. AUSENCIA DE TRATAMIENTO

Kotin, Post y Goodwin (1973): revisaron las historias de 51 pacientes ingresados por depresión para determinar que fármacos habían recibido antes de su ingreso y la respuesta al tratamiento recibido en el hospital.

De los 30 pacientes que no recibieron tratamiento con tricíclicos (59%), 9 recibieron psicofármacos no considerados con acción antidepresiva (a cinco les habían prescrito fenotiazinas) y dos pacientes recibían carbonato de litio (4%). Esto supone que el 18% recibía fármacos no antidepresivos.

Sin embargo 19 pacientes (37%) no recibía tratamiento psicofarmacológico.

Johnson (1974): tras un estudio de 361 pacientes diagnosticados de depresión vio que aunque la mayoría habían recibido antidepresivos tricíclicos (el 61%), un 16% fue tratado con tranquilizantes menores. También observo que los antidepresivos tipo IMAO nunca fueron usados como primera elección y solo representaban el 3% de todos los fármacos prescritos.

Gullick y King (1979) estudiaron 139 pacientes que acudieron a un centro consultor de problemas matrimoniales y sexuales. De ellos 20 (un 14%) tenían un trastorno afectivo unipolar. De estos, 13 pacientes con enfermedad depresiva unipolar habían recibido tratamiento psicofarmacológico, pero 8 (62%) estaban tomando unicamente diacepan o ansiolíticos similares.

Weissman, Myers y Thompson (1981): realizaron un estudio en el que observaron que de todas las personas que padecían una depresión, solamente el 17.2% recibía algún antidepresivo de forma ambulatoria.

Keller y col (1982): estudiaron a 217 pacientes con depresión de al menos un mes de duración. Solo el 13% había recibido antidepresivos en las últimas 1, 2 o 3 semanas. La mayoría había recibido psicoterapia (67%) o medicación ansiolítica (55%).

Algunos autores mantienen que las benzodiazepinas usadas durante largo tiempo producen depresión o es que la depresión estaba presente pero no diagnosticada (Nathan y col, 1985).

DOSIFICACION INEFICAZ

Kotin y col (1973), revisaron las historias de 51 pacientes ingresados por depresión para determinar que fármacos habían recibido antes de su ingreso y la respuesta al tratamiento recibido en el hospital.

Aunque 21 pacientes (41%) habían recibido antidepresivos tricíclicos, solo 8 pacientes los habían recibido a dosis de 150 mg./día o más (16%); 13 pacientes recibieron dosis de 100 mg./día o menos (25%).

Solo el 35% de los pacientes recibieron antidepresivos tricíclicos mientras estuvieron hospitalizados. De los 18 pacientes, 12 tuvieron buena respuesta. Solo 2 de los que respondieron habían sido tratados ambulatoriamente con 150 mg./día o más.

Los autores de este estudio consideran que el tratamiento es adecuado si los pacientes reciben 150 mg./día o más de antidepresivos tricíclicos, IMAO o litio. De los 51 pacientes remitidos a hospitalización, solo 8 estaban siguiendo un correcto tratamiento con tricíclicos y solo 2 recibían litio. Por ese criterio, solo 10 pacientes (20%) estaban recibiendo un tratamiento adecuado para su depresión a su ingreso.

Johnson (1973), con la colaboración de los médicos generales hizo un estudio sobre los pacientes con un nuevo episodio de enfermedad depresiva. De 112 pacientes remitidos, solo quedaron para el estudio 73 pacientes; de estos, solo el

72% habían tomado fármacos a dosis consideradas terapéuticas (más de 75 mg./día un 25%; entre 30 y 75 mg./día en un 47%).

Este autor considera como dosis terapéuticas aquellas superiores a 30 mg./día de amitriptilina o su equivalente.

El mismo autor (1974), en un estudio en el que investiga pacientes diagnosticados de depresión por el médico de cabecera, observó que el 56% de los pacientes a los que se les prescribió tricíclicos recibían 75 mg. o más por día, pero al 29% les fueron prescritos 30 mg. o menos por día.

De los 73 médicos generales encuestados sobre la dosis máxima de tricíclicos que empleaban, solo 21 respondieron 100 mg./día o más.

En este estudio el autor refleja como la mayoría de los psiquiatras piensan que 75 mg diarios es la dosis mínima eficaz y que esta debería ser incrementada a 150 mg. o más por día; y los niveles plasmáticos eficaces serían 120 ng./ml.

Keller y col (1982) estudiaron a 217 pacientes con depresión mayor, de al menos un mes de duración, remitidos por refractariedad al tratamiento.

De todos, 28 (13%) habían recibido medicación antidepressiva en las últimas 1-2-3 semanas. De ellos solo el 2% recibió más de 150 mg./día de imipramina o su equivalente por un espacio de al menos dos semanas.

De todos los pacientes, solo el 34% fueron tratados con antidepressivos por lo menos durante 4 semanas consecutivas. El 3% fue tratado con la dosis mayor (por lo menos 250 mg. de

imipramina o su equivalente por un mínimo de cuatro semanas) y solo el 12% recibió más de 150 mg.

De los 76 pacientes que recibieron antidepresivos por lo menos durante 4 semanas, más del 66% (N=50) fueron tratados con 150 mg./día o menos; 11% recibió más de 250 mg./día, ECT o litio (al menos 0.7 mEq./l. durante seis semanas antes).

Campailla (1985) recoge un cuadro de Sainsbury con la terapia psiquiátrica en el momento de la muerte por suicidio de enfermos deprimidos: el 30% (19) tomaba antidepresivos pero solo en un caso fue comprobada una prescripción exacta; en los restantes casos la dosis era insuficiente o el antidepresivo elegido no era el justo.

ABANDONO DEL TRATAMIENTO

Johnson (1973), en un estudio sobre pacientes con un nuevo episodio depresivo, observó que el 16% había interrumpido el tratamiento en la 1ª semana; 41% en la 1ª quincena; 59% antes de finalizar la 3ª semana y el 68% en el transcurso del mes. El autor opina que ninguno de los que interrumpió el tratamiento antes de finalizar la 3ª semana podría haber tenido una evolución favorable y unos pocos de los que lo interrumpieron antes de finalizar las cuatro semanas podrían haber obtenido un gran beneficio terapéutico.

En una segunda entrevista (4-6 semanas) de los 47 pacientes que todavía padecían de depresión, el 39% no recibían tratamiento. De los 29 pacientes medicados, 17 (59%) la

abandonaron por su cuenta, a 4 se la retiró el médico y 4 de los ocho que todavía la tomaban, lo hacían de forma regular.

Unos 19 (26%) lo interrumpieron porque pensaron que no era necesario continuar ya que se encontraban bien; otros 15 (21%) lo interrumpieron cuando se les acabó y 5 lo dejaron por los efectos secundarios. Cerca de unos 15 pacientes estaban predispuestos en contra de la medicación.

En otro estudio posterior (1974) el mismo autor investigó a tres grupos separados de pacientes diagnosticados de depresión por su médico de cabecera:

A= 112 pacientes con un nuevo episodio depresivo; sin tratamiento en el año anterior.

B= 82 pacientes en tratamiento más de tres meses.

C= 167 pacientes remitidos al hospital.

Al mes de la 1ª entrevista: el 65% de los pacientes del grupo A había dejado de tomar la medicación regularmente; el 46% del grupo B y el 54% del grupo C no estaba tomando las dosis prescritas.

Tres son las razones principales para abandonar el tratamiento: efectos secundarios, la actitud del paciente hacia los fármacos; la falta de comunicación entre el médico y el paciente; es por eso que el paciente ignora la dosis correcta o la necesidad de continuar medicándose y algunas veces tiene expectativas incorrectas. Hay pacientes con medicación para más de tres meses a quienes se les han dado repetidas prescripciones sin verlos su médico.

No se puede confiar en una aplicación correcta de la terapia prescrita a un paciente que vive solo, en primer lugar, porque no es posible tener la seguridad de una administración regular de fármacos, y en segundo, porque se corre el riesgo de que el mismo fármaco pueda ser usado para llevar a cabo el suicidio.

Myers y Calvert (1984): estudiaron la relación entre efectos secundarios y cooperación del enfermo depresivo. No obtuvieron resultados significativos entre el abandono de la medicación de enfermos informados sobre los efectos secundarios del fármaco y los informados sobre los efectos beneficiosos. Lo que sí encontraron fue, diferencias significativas entre estos y un tercer grupo compuesto por pacientes sin ningún tipo de información. Concluyen diciendo que lo que influye en la cooperación del paciente en el tratamiento antidepresivo no es la información que se suministra sino la atención que se le dedica.

MUESTRA	DIAGNOSTICO	MEDICO	PSICOFARMACOS	DOSIS AD	ABANDONO TTO.	AUTORES
91 pac. remitidos por episodio depresivo	no = 17 pac. si = 74 pac.	M. General	92% = AD 8% = Tranq. 7% = Otros 3% = Psicot.	25% > 75 mg/d 47% = 30-75 20% < 30 mg	10% = 18 sem. 41% = 28 sem. 56% = 38 sem. 69% = 48 sem.	Johnson (1973)
88 51 pac. ingresados por depresión		Psiquiatra	41% = AD 37% = no Tto. 16% = no AD 8% = e.l.	10% ≥ 150 mg 25% ≤ 100 mg		Kotin y col (1973)
361 pac. dco. depresión por M. familia		M. General	61% = TRIC. 3% = IMAD 16% = Im.	50% ≥ 75 mg/d 29% ≤ 30 mg/d	55% al mes	Johnson (1974)
139 pac. con prob. paraja	14% = Dep.	2/3 = MG 1/5 = Psiqu.	Tto. 13 pac.: 62% = Im.			Gullick-King (1979)
510 sujetos entrevistados		62% pac. sin Tto. ≥ 6 visitas al MG	no = 23; DEP.: si = 55.2% 17.2% = AD 34.5% = Im. 17.2% = Hf.			Veissman y col (1981)
217 pac. con depresión			13% AD ultimas 1-2-3 sem. (28)	2% > 150 mg	≥ 2 sem.	Keller y col (1982)
64 pac. dep. suicidados		7 días antes: 9% Psiqu., 34% MG 8-30 d: 6% Psiqu.	14% = no tto. 67% = Psic. 55% = Im.	3% ≥ 250 mg 12% > 150 mg 66% ≤ 150 mg 11% > 250, ECT, si	34% en tto. 4 sem. consecutivas	
172 pac. remitidos al psiqu. por MG	si = 21.5%	M. General	30% = AD 52.73% sin Tto 6.06% con AD	1-dosis exacta dosis bajas o tratamiento insuficiente		Sainsbury (1982) Ayuso-Ramos (1984)

TABLA IX: Resumen tratamientos ambulatorios inadecuados.

B) CONSECUENCIAS

SUICIDIO

El riesgo de suicidio en pacientes sometidos a tratamiento ha sido bien evidenciado. Generalmente se trata de diagnósticos no definidos con exactitud y de prescripciones erróneas de antidepresivos desinhibidores. El riesgo de suicidio en las psicosis afectivas oscila entre el 15 y el 16%. Clásicamente se admite que las psicosis afectivas ocupan el primer puesto en el diagnóstico de los suicidios. Es la depresión endógena la que da mayor aportación a los suicidios.

Se han evidenciado factores sociales de predisposición: el 42% de los suicidas vivían solos, mientras que solo el 7% de los deprimidos vivos llevaban una vida solitaria.

Entre los factores socio-culturales Sainsbury (1982) sitúa en primer lugar la pertenencia a clases económicas elevadas y entre ellas a las personas que viven solas, y pone en segundo término el "stress" y los acontecimientos no comunes como el cambio de casa o el haberse quedado solas. En último lugar habría que situar la personalidad.

Un alto porcentaje de los deprimidos que han intentado suicidarse había visitado a su médico poco antes del suceso. Sobre 64 casos de deprimidos fallecidos por suicidio, en el 9% de los casos habían hecho una visita al psiquiatra entre 0 y 7 días antes de la muerte, y en el 8% entre 8 y 30 días. En el 34% había habido un contacto con el médico de cabecera durante la semana anterior al suicidio. En un elevado porcentaje de

casos de suicidio había sido prescrito el tipo de terapia psiquiátrica establecido en el cuadro de Sainsbury (tabla XXI).

Solamente en un caso fue comprobada una prescripción exacta de antidepresivos. En los restantes casos, la dosis era insuficiente o el antidepresivo elegido no era el justo.

Inapropiada prescripción (agentes ansiolíticos) para el trastorno psiquiátrico más común (depresión) es la manera de entender por que la enfermedad termina en suicidio (Gullick y King, 1978).

Psicofármacos (Hipnóticos y tranquilizantes)	81 %
Barbitúricos	53 %
Antidepresivos	30 %
Fenotiazinas	20 %
Tranquilizantes ligeros	23 %
ECT	5 %
Haloperidol	2 %
Hipnóticos	70 %

TABLA XXI: Terapia psiquiátrica prescrita previa al suicidio (Sainsbury, 1982).

ENCRONIZACION

El tratamiento correcto de las depresiones vitales puede hacer mucho para evitar la encronización. Se sintetiza en tres apartados: en primer lugar, una medicación antidepresiva; en segundo lugar, una psicoterapia de apoyo, cuya adecuada orientación se convierte en el soporte fundamental de la lucha contra el suicidio entre los sujetos depresivos, y finalmente,

un programa de socioterapia lo más próximo posible a su habitual programa de vida (Alonso-Fernandez, 1978).

Los agentes ansiolíticos (Weissman y Kleiman, 1977) son uno de los tres factores que inciden en la cronicidad de la depresión.

También vemos cierta relación entre pacientes crónicos y evolución de la enfermedad y antecedentes familiares: Katon y col, estudiaron a 37 pacientes crónicos: 12 con Depresión Mayor (32.4%) y con fases anteriores 16 (43.2%):

solamente en la actualidad = 5 (13.5%)		Total = 21 (56.8%).
Episodios anteriores = 9 (24.3%)		
Presente y en el pasado = 7 (18.9%)		

Más de la mitad, tenían historia de uno o más episodios depresivos antes de la entrevista.

En cuanto a los antecedentes familiares:

59.5% tenían algún familiar de primer grado crónico.

29.7% tenían enfermedad depresiva en la familia.

37.8 tenían antecedentes de abuso de alcohol.

OTRAS

El paciente va a tardar más tiempo en recuperarse.

Se recargan los hospitales y aumenta el gasto para la Sociedad (baja laboral y posterior ingreso).

En un artículo estadounidense, Alan Stoudemire y colaboradores calcularon los costos directos del tratamiento y los costos indirectos por pérdida de productividad asociada a la morbilidad y mortalidad de la depresión durante el año 1980. Los datos estaban basados en estimaciones epidemiológicas de la prevalencia de Depresión Mayor y el número de suicidios secundarios a esta enfermedad.

El número de hospitalizaciones, días de hospitalización, visitas al psiquiatra, psicofármacos... Todo ello estimado en unos 16.3 billones/año de dólares.

Morbilidad: prevalencia de 6 meses 2.2% - 3.2% en áreas metropolitanas

1.3% - 2.2% en hombres, 3.0% - 4.6% en mujeres.

Mortalidad: 16.111 muertes anuales

Costos directos: pac. ingresado = 1.269.471.579 \$

pac. ambulatorio = 657.919.939 \$

otros = 187.984.066 \$

Total = 2.113.325.528 \$

Costos indirectos: días perdidos = 218.398.520. | 10.03

laborables = 155.937.211 | bill.\$

Mortalidad = 4.2 billones \$

II. OBJETIVOS

OBJETIVOS

Los objetivos de nuestro trabajo son los siguientes:

En primer lugar, estudiar una muestra de pacientes depresivos con sintomatología homogénea, diagnosticados de Episodio Depresivo Mayor según el DSM-III y que hayan recibido tratamiento psiquiátrico.

En segundo lugar, vamos a estudiar el tipo de tratamiento y la adecuación del mismo según los cánones que hemos definido en la introducción.

En tercer lugar, vamos a estudiar la probabilidad de ser hospitalizados y lo que ocurre en el tratamiento de la hospitalización.

Vamos a estudiar la evolución del episodio en relación a los tratamientos.

Vamos a analizar la importancia de los síntomas psicóticos en el tratamiento del episodio.

III. MATERIAL Y METODOS

MATERIAL Y METODOS

La muestra analizada en nuestro trabajo procede de la unidad de psiquiatría del Hospital Clínico de San Carlos de Madrid y en concreto de la sección de hospitalización. Los pacientes fueron entrevistados durante los años 1986 y 1987, siendo seleccionados de forma aleatoria entre el total de hospitalizados por depresión. Todos los casos cumplieron los criterios de trastorno afectivo mayor del DSM III (realizado el diagnóstico por el investigador directamente en entrevistas individuales a pacientes sospechosos de patología depresiva en el informe de urgencias o admisión del centro). Además del diagnóstico personal, la colaboración del paciente era criterio ineludible para pasar a participar del estudio y este hecho se dio en el 100% de los casos solicitados.

RECOGIDA DE DATOS

Todos los pacientes fueron entrevistados en las primeras 48 horas de su ingreso e independientemente de la medicación que tuvieran. Se les administró la escala de evaluación clínica para la depresión de Hamilton (que se adjunta en el instrumento recogida de datos que se incluye en este capítulo).

Un 25% de los pacientes fueron reentrevistados en el momento de la mejoría clínica, en ocasiones con la familia, para evaluar las variables de este estudio y comparar con los

datos recogidos al principio. No existiendo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la influencia de la sintomatología en la validez y objetividad de los datos recogidos en la entrevista personal realizada durante la hospitalización.

A su vez y procedente del material clínico, fueron evaluados los informes de alta para recoger los datos correspondientes a duración de los ingresos, pruebas complementarias y evolución clínica.

El promedio de curaciones descrito en nuestro centro en estudios anteriores es del 85%. En todos los casos incluidos en el estudio se alcanzó la remisión del síndrome depresivo tras uno o más tratamientos aplicados sucesivamente.

La codificación de los datos obtenidos se realizó en códigos numéricos del 0 al 9 para manejo en un sistema informático con un programa de estadística de la Universidad de California para análisis científico.

VARIABLES

Las variables de nuestro estudio fueron los antecedentes psiquiátricos personales, con especial atención a la evolución individual de la enfermedad depresiva y con todos los antecedentes premórbidos, incluida la personalidad. Además del diagnóstico de episodio depresivo mayor, se recogieron los diagnósticos de: personalidad premórbida, enfermedades médicas

concomitantes, intensidad del estrés psicosocial y máximo nivel de adaptación en el último año.

En segundo lugar, se analizó la variable de comienzo y evolución del presente episodio. Especial énfasis hemos puesto en nuestro estudio en las circunstancias de ingreso y en las dosis y tipos de psicofármacos que el paciente ha tomado durante el presente episodio de enfermedad.

En tercer lugar, otra de las variables va a ser la intensidad de sintomatología numericamente conseguida con la escala de evaluación de Hamilton.

En la evolución hospitalaria se recogen tanto las cifras de duración como los datos objetivos de tratamiento: con dosis, tipo de fármaco, cambios en el mismo y otras técnicas terapéuticas propuestas.

También se han recogido los datos demográficos y los antecedentes psiquiátricos familiares que a continuación describiremos.

Las variables se han estructurado en una entrevista psiquiátrica cerrada en la que el investigador recogía objetivamente cada uno de los parámetros que se detallan en el apéndice que a continuación describimos.

MANEJO DE LOS DATOS

El manejo de los datos se ha realizado en cinco apartados:

En primer lugar, la descripción de frecuencias absolutas y relativas tanto en la población total como en grupos de riesgo

agrupados según el DSM III y teniendo como perspectiva aunque no como criterio el DSM III-R. De esta manera describiremos en el capítulo de resultados tres grandes capítulos referentes a los cuadros recurrentes, bipolares y de primer episodio. Todo ello en subgrupos y con valores proporcionales ajustados a las subcategorías de episodio depresivo mayor del DSM III.

En segundo lugar, se presentarán las asociaciones de variables y la estabilidad de estas asociaciones medidas con pruebas estadísticas de Chi cuadrado ($\chi^2 = \sum (E-T)^2 / T$ = suma de diferencias cuadráticas relativas), aplicando las fórmulas de Pearson escogidas del programa 4F del paquete BMDP. Posteriormente se aplica la subrutina 7B para con el método de Scheffe calcular las homogeneidades en la comparación de medias de grupos con la prueba de la t de Student y por último se aplican pruebas de estabilidad de cálculos probabilísticos con asociaciones binarias del mismo paquete BMDP.

En tercer lugar, se hacen cálculos de predicción aplicando fórmulas de regresión múltiple con las subrutinas 2R y 9R del referido BMDP calculando el tanto por ciento de explicación de la varianza de distintas variables dependientes a través de distintos modelos de variables independientes.

En todo momento se ha tenido en cuenta la influencia de variables intermediarias y por lo tanto en los distintos análisis de predicción se tienen en cuenta modelos en los que las variables intermediarias van a jugar una importancia más o menos clave.

También se han realizado estudios de clasificación verificando la estabilidad y señalando nuevas hipótesis que a su vez se han calculado, se han evaluado para poder formular nuevos datos que nos permitan un mejor conocimiento clasificatorio de nuestros enfermos tanto teniendo en cuenta los grupos de riesgo como viendo y analizando en conjunto los tres análisis previamente referidos.

Finalmente se han formulado nuevas hipótesis en una lectura o descripción tanto de las asociaciones como de los modelos de predicción y de clasificación en una visión personal en conjunto de los cuatro capítulos previos.

Como referencia para todas las fórmulas matemáticas utilizadas nos referimos al texto de Dixon y col. publicado en 1983 y que aparece citado en la bibliografía.

APENDICE: QUESTIONARIO INSTRUMENTO RECOGIDA DE DATOS

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

1.- EDAD

2.- SEXO: varón

mujer

3.- NIVEL SOCIOECONOMICO: I= Alto

II= Medio-Alto

III= Medio-Medio

IV= Medio-Bajo

V= Bajo

4.- ESTADO CIVIL: soltero

casado

divorciado-separado

viudo

pareja

otros

5.- NO PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE

6.- NIVEL EDUCACIONAL: analfabeto

leer y escribir

primarios

bach. elemental, EGB, grad. esc.

bach. sup., BUP, FP 1 y 2, COU

carrera media

título superior

6.- PROFESION: ama de casa

asalariado sin cualificar
asalariado cualificado
técnico medio
técnico superior
profesión liberal
pequeño/mediano propietario
gran propietario o alto funcionario
estudiante

8.- SITUACION LABORAL: activo

paro primario
paro secundario
subsidio de paro
ama de casa
estudiante
jubilado
incapacitado

9.- TIEMPO DE BAJA LABORAL

CRITERIOS DIAGNOSTICOS EPISODIO DEPRESIVO MAYOR: DSM III.

10.- Estado de ánimo disfórico

Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas han estado presentes casi diariamente, durante dos semanas como mínimo:

- 11.- alteración del apetito o peso
- 12.- alteración del sueño
- 13.- alteración psicomotora
- 14.- anhedonia

15.- astenia

16.- sentimientos de culpa

17.- disminución de la capacidad de concentración

18.- ideas de muerte

19.- Cuando no esta presente el síndrome afectivo, ninguno de los siguientes síntomas dominan el cuadro clínico: preocupación por ideas delirantes o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo; conducta extraña.

20.- No hay sobreañadida una esquizofrenia, ni un trastorno esquizofreniforme, ni un trastorno paranoide. Todo ello no es debido a ningún otro trastorno mental ni al duelo no complicado.

Se han recogido todos los síntomas e incluso los criterios para la subclasificación en el quinto dígito (ver en la introducción).

21.- síntomas psicóticos: congruentes

incongruentes

melancolía:

22.- falta de reactividad

23.- cualidad distinta

24.- empeoramiento matutino

25.- insomnio tardío

26.- alteración psicomotriz importante

27.- gran anorexia o pérdida de peso

28.- sentimientos de culpa excesivos

TRATAMIENTO AMBULATORIO:

29.- TIEMPO DE EVOLUCION DEL EPISODIO HASTA EL INGRESO

30.- FORMA DE COMIENZO: brusco

progresivo

31.- TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA ACUDIR AL MEDICO

32.- MOTIVO DE LA 1ª CONSULTA: síntomas somáticos

síntomas psíquicos

- PRIMER TRATAMIENTO AMBULATORIO:

33.- MEDICO QUE LE VE: psiquiatra

medicina general

especialista

34.- ANTIDEPRESIVOS: tricíclicos

tetracíclicos

IMAO

tricíclicos + tetracíclicos

35.- DOSIS DE ANTIDEPRESIVO

36.- DURACION DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

37.- MOTIVO DE ABANDONO: prescripción facultativa

efectos secundarios

ignorancia

actitud en contra

irregular

otros

- OTROS TRATAMIENTOS: 38.- tranquilizantes menores:

ansiolíticos

hipnofacilitadores

ambos

39.- tranquilizantes mayores

40.- timorreguladores:

sales de litio

carbamacepina

ambas

dipropilacetamida

41.- barbituricos

42.- otros

43.- ECT

44.- psicoterapia

- SEGUNDO TRATAMIENTO AMBULATORIO (45 - 56)

- TERCER TRATAMIENTO AMBULATORIO (57 - 68)

- CUARTO TRATAMIENTO AMBULATORIO (69 - 80)

INGRESO:

81.- MOTIVO DE INGRESO: delirantes, gravedad

inanición continuada

riesgo suicidio

fracaso del tratamiento

efectos secundarios

familiares

sociales

82.- VIA DE INGRESO: urgencias

consultas

otras salas del hospital

otras

- INDICE DE GRAVEDAD AL INGRESO: se ha utilizado la Escala de evaluación para la Depresión de Hamilton de 21 items:

83.- HUMOR DEPRIMIDO:

0= ausente

1= se indica solamente al ser preguntado

2= se relata oral o espontáneamente

3= no comunicado verbalmente

4= verbal y no verbal de forma espontanea

84.- SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD:

0= ausente

1= autoreproche

2= ideas de culpabilidad

3= ideas delirantes de culpabilidad

4= oye voces acusatorias o de denuncia y/o aluc.
visuales amenazadoras

85.- SUICIDIO:

0= ausente

1= siente que no vale la pena vivir

2= deseos de estar muerto

3= ideas de suicidio o amenazas

4= intentos de suicidio

86.- INSOMNIO PRECOZ:

0= no tiene dificultad para dormirse

1= dificultades ocasionales, más de media hora

2= dificultades cada noche

87.- INSOMNIO MEDIO:

0= no hay dificultad

1= inquieto durante la noche

2= despertar durante la noche. Levantarse

88.- INSOMNIO TARDIO:

0= no hay dificultad

1= despertar precoz. Vuelve a dormirse

2= no puede volver a dormirse

89.- TRABAJO Y ACTIVIDADES:

0= no hay dificultad

1= sentimientos de incapacidad, fatiga

2= pérdida de interés

3= disminución dedicación o productividad

4= dejó de trabajar por la presente enfermedad

90.- INHIBICION:

0= palabra y pensamientos normales

1= ligero retraso en el diálogo

2= evidente retraso en el diálogo

3= diálogo difícil

4= torpeza absoluta

91.- AGITACION:

0= ninguna

1= "juega" con sus manos, cabellos, etc

2= se retuerce las manos, se muerde las uñas...

92.- ANSIEDAD PSIQUICA:

- 0= no hay dificultad
- 1= tensión subjetiva e irritabilidad
- 2= preocupación por pequeñas cosas
- 3= actitud aprensiva en la expresión o habla
- 4= temores expresados sin preguntarle

93.- ANSIEDAD SOMATICA: boca seca, flatulencia, indi-

- 0= ausente gestión, diarrea, retortijones.
- 1= ligera eructos, palpitaciones, cefa-
- 2= moderada lalgias, suspiros, hiperventi-
- 3= severa lación, frec. urinaria, sudación
- 4= incapacitante

94.- SINTOMAS SOMATICOS GASTROINTESTINALES:

- 0= ninguno
- 1= pérdida de apetito, pesadez abdominal
- 2= dificultad en comer si no se le insiste.
Solicita o necesita laxantes, medicación

95.- SINTOMAS SOMATICOS GENERALES:

- 0= ninguno
- 1= pesadez en extremidades, espalda o cabeza.
Dorsalgias, cefalalgia, algias musculares.
Pérdida de energía y fatigabilidad
- 2= cualquier síntoma bien definido

96.- SINTOMAS GENITALES: pérdida de libido

- 0= ausente trastornos menstruales
- 1= débil

2= grave

3= incapacitante

97.- HIPOCONDRIA:

0= no la hay

1= preocupado de si mismo (corporalmente)

2= preocupado por su salud

3= quejas frecuentes, solicita ayuda, etc

4= ideas delirantes hipocondriacas

98.- PERDIDA DE PESO:

0= no hay pérdida de peso

1= probable pérdida de peso

2= pérdida de peso definida

99.- INSIGHT: conciencia de si mismo

0= se da cuenta que está deprimido y enfermo

1= atribuye la causa a clima, virus, etc.

2= niega estar enfermo

100.- VARIACION DIURNA:

0= ausente

1= ligera

2= grave

101.- DESPERSONALIZACION Y FALTA DE REALIDAD:

0= ausente

1= ligera: sensación de irrealidad

2= moderada. Ideas nihilistas

3= grave

4= incapacitante

102.- SINTOMAS PARANOIDES:

- 0= ninguno
- 1 y 2= sospechosos
- 3= ideas de referencia
- 4= delirios de referencia y persecución

103.- SINTOMAS OBSESIVOS Y COMPULSIVOS:

- 0= ausentes
- 1= ligeros
- 2= graves

- PRIMER TRATAMIENTO HOSPITALARIO:

- 104.- ANTIDEPRESIVOS: tricíclicos
- tetracíclicos
- IMAO
- tricíclicos + tetracíclicos

105.- DOSIS DE ANTIDEPRESIVO

106.- DURACION DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

107.- MOTIVO CAMBIO TRATAMIENTO: efectos secundarios

- no mejoría
- otros

- OTROS TRATAMIENTOS: 108.- tranquilizantes menores:

- ansiolíticos
- hipnofacilitadores
- ambos

109.- tranquilizantes mayores

110.- timorreguladores:

- sales de litio

carbamacepina
 ambas
 dipropilacetamida
 s.l. + carb. + dip.
 s.l. + valproato sódico
 s.l. + dipropilacetamida

- 111.- barbitúricos
- 112.- fármacos no terapéuticos
- 113.- ECT
- 114.- psicoterapia
- 115.- agripnia
- 116.- otros

- SEGUNDO TRATAMIENTO HOSPITALARIO (117 - 129)

- TERCER TRATAMIENTO HOSPITALARIO (130 - 142)

143.- DURACION DEL INGRESO

- DIAGNOSTICO: DSM- III

144.- trastorno bipolar mixto

trastorno bipolar, depresivo
 depresión mayor, primer episodio
 depresión mayor recurrente

145.- sin melancolía

con síntomas psicóticos congruentes
 con síntomas psicóticos incongruentes
 con melancolía
 síntomas psicóticos congruentes e incongruentes

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS FAMILIARES: fases depresivas

146.- padre	fases maniacas
147.- madre	fases depresivas-maniacas
148.- hermanos	brote psicótico
149.- conyuge	alcoholismo
150.- hijos	otras drogas
151.- familiares de 2º	tentativa suicidio
	no sabe enfermedad
	otras

ANTECEDENTES PERSONALES:

- 152.- Rasgos neuróticos de la infancia
- 153.- Enfermedad somática importante
- 154.- Edad del paciente al comienzo de la enfermedad
- 155.- Nº de episodios depresivos
- 156.- Nº de episodios depresivos que han requerido
hospitalización
- 157.- Nº de episodios maniacos
- 158.- Nº de episodios maniacos que han requerido
hospitalización
- 159.- MAXIMO NIVEL DE ADAPTACION EN EL TRANSCURSO DEL
ULTIMO AÑO: EJE V (DSM III)
- 1= superior: funcionamiento inusualmente eficaz
- 2= muy bueno: funcionamiento superior al promedio
- 3= bueno: leve deterioro sociolaboral
- 4= medio: deterioro moderado social o laboral o
ligero deterioro de ambas

- 5= mediocre: notable deterioro social o laboral
o moderado deterioro de ambas
- 6= muy mediocre: notable deterioro sociolaboral
- 7= alteración muy importante: serio deterioro en
todas las areas

160.- INTENSIDAD DEL ESTRES PSICOSOCIAL: EJE IV (DSM III)

- 1= ninguno
- 2= mínimo
- 3= leve
- 4= moderado
- 5= intenso
- 6= extremo
- 7= catastrófico

- TRASTORNOS SOMATICOS:

- 161.- enfermedades infecciosas
- 162.- aparato cardiovascular y respiratorio
- 163.- sangre y bazo
- 164.- aparato digestivo
- 165.- sistema endocrino y trastornos metabólicos
- 166.- aparato genitourinario
- 167.- sistema nervioso
- 168.- aparato locomotor
- 169. otros

- 170.- DIAGNOSTICO DE PERSONALIDAD: paranoide
afectiva
esquizoide

explosiva
 anancástica
 histérica
 asténica
 sociopática
 otras
 nada especial

TRATAMIENTO INTERCRISIS:

- 171.- ANTIDEPRESIVOS: tricíclicos
 tetracíclicos
 IMAO
 tricíclicos + tetracíclicos
- 172.- DOSIS DE ANTIDEPRESIVO
- OTROS TRATAMIENTOS: 173.- tranquilizantes menores
 174.- tranquilizantes mayores
 175.- timorreguladores
 176.- barbitúricos
 177.- otros fármacos
 178.- psicoterapia

Las dosis de antidepresivos equivalentes a 150 mg. de imipramina han sido las siguientes:

- Tricíclicos: 150 mg. de amitriptilina
 150 mg. de clorinipramina

150 mg. de trimipramina
150 mg. de nortriptilina
150 mg. de doxepin

- Tetracíclicos y similares:

150 mg. de maprotilina
60 mg. de mianserina
150 mg. de nomifensin
300 mg. de viloxazina
200 mg. de clovoxamine
200 mg. de amineptina
300 mg. de amoxapina
227 mg. de pirlindol

IV. RESULTADOS

1. DESCRIPCION DE LA MUESTRAA) GRUPO TOTAL DE ENFERMOS

Hemos estudiado un total de 100 enfermos cuyos diagnósticos aparecen en la tabla XXII. Donde encontramos como el subtipo melancólico es similar en los tres grupos, con menor proporción en los primeros episodios depresivos y la sintomatología psicótica es más incongruente en los depresivos recurrentes.

TABLA XXII

Relación diagnóstico eje I DSM-III - subclasificación en el quinto dígito

Diagnóstico	sin mel	psic cong	psic inc	con mel	psic C+I	T
Trast. Bipolar depresivo	6	2		18	1	27
Dep. Mayor, episodio 1º	1	3	3	5	2	14
Dep. Mayor recurrente	6	10	11	31	1	59
Total	13	15	14	54	4	100

$$\chi^2=15.5 \quad p=0.05$$

Entre los tipos de personalidad, sin relación con los diagnósticos, destacamos un 60% de personalidades anancásticas y tan solo un 15% de nada especial. Además, se diagnosticaron 5 personalidades paranoides, 14 afectivas, 3 esquizoides y 3 de otros subtipos.

La relación de trastornos somáticos en los distintos grupos de edad de nuestra muestra aparece recogida en la tabla XXIII.

TABLA XXIII

Trastornos somáticos

	<30	30-45	46-60	>60 años	T
Infeccioso		2			2
C-V y resp.		1	11	18	30
Sangre y bazo	1		1	1	3
Digestivo		2	7	12	21
Endoc.- Metab.		2	9	10	21
Genito-Urinario	1		9	9	19
Nervioso			5	6	11
Locomotor	1	7	6	15	29
Otros	1	2	4	14	21
Total	4	16	52	85	157

El nivel promedio de estrés psicosocial es de 3.93 para el grupo total y 4.06 el nivel máximo de adaptación en el último

año; ambos aparecen por grupos diagnósticos en la tabla siguiente (tabla XXIV).

TABLA XXIV

Estrés psicosocial y máximo nivel de adaptación

Subclasificación	eje IV			eje V		
	bajo 1-3	medio 4	alto 5-6	bueno 1-3	medio 4	malo 5-7
Sin melancolía	4		9	2	2	9
Psic. Congruente	4	2	9	1	9	5
Psic. Incongruente	6		8	4	7	3
Melancolía	10	6	36	6	27	21
Psic. Cong. + Incong.		1	3	1	3	
Total	24	9	65	14	48	38

$X^2=8.6$ p N.S. $X^2=34$ p<0.05

La edad media de la muestra es de 55.14 ± 14.13 años, oscilando entre 21 y 81; no se relaciona con el diagnóstico en ninguno de sus ejes.

La comparación respecto al total de enfermos atendidos por trastornos afectivos en este centro en los últimos años es la siguiente (tabla XXV).

TABLA XXV

Pacientes atendidos por trastornos afectivos en el Hospital Clínico de San Carlos (Madrid)

Diagnóstico	1977-85	1986	muestra	Total
Monopolar	1.040	156	73	1.269
Bipolar	156	42	27	225
Mixta	175	27		202
Reactiva	122	23		145
Distimia	336	65		401
Otras	47	12		59
Total	1.876	325	100	2.301

B) DESCRIPCION DE ENFERMOS BIPOLARES

Del total de 27 enfermos bipolares, 12 de ellos comienzan su enfermedad antes de los 30 años y 9 entre los 30 y 45. De ellos, 13 tienen más de 9 fases depresivas y otros 9 tienen al menos 9 fases maniacas.

Los enfermos bipolares tienen un promedio de 6.7 fases depresivas y de 4 hospitalizaciones por lo mismo. También señalamos un promedio de 4.3 fases maniacas con una media de 1.8 hospitalizaciones.

Los antecedentes familiares los encontramos reflejados en las tablas XXVI y XXVII.

TABLA XXVI

Pacientes bipolares con antecedentes familiares

Parentesco	Dep.	Suic.	PMD	Alc.	Otros	Total
Padre		1		2	1	4
Madre	2		1	1	4	8
Hermanos	2		2		3	7
Hijos		1	1		1	3
Conyuge	1	1		3		5
Familiares 2°	4	3			5	12
Total	9	6	4	6	14	39
No antecedentes						7

TABLA XXVII

Antecedentes familiares en pacientes bipolares

Parentesco	Dep.	Suic.	PMD	Alc.	Otros	Total
Primer grado	4	3	5	3	9	24
Segundo grado	5	5			10	20
Total	9	8	5	3	19	44
Conyuge	1			3	1	5
Total	10	8	5	6	20	49

En cuanto a la personalidad premórbida, 20 pacientes tienen rasgos anancásticos y 5 rasgos afectivos de la personalidad.

C) ENFERMOS MONOPOLARES RECURRENTE

La distribución de la edad de comienzo de la enfermedad está equilibrada en los distintos grupos (tabla XXVIII).

TABLA XXVIII

Edad de comienzo de la enfermedad

Edad	Bipolar	Episodio 1°	Recurrente	Total
< 30 años	12	1	16	29
30-45 "	9	3	17	29
46-60 "	5	6	15	26
> 60 "	1	4	11	16
	27	14	59	100

$$\chi^2=11.4 \quad p=0.07$$

El número de fases depresivas tiene una media de 4.2, con un promedio de 2.5 hospitalizaciones.

En cuanto a la personalidad premórbida, nos encontramos 36 anancásticos, 6 afectivos, 4 paranoicos y 10 sin rasgos anormales de personalidad.

Los antecedentes familiares son los siguientes: tablas XXIX y XXX.

TABLA XXIX

Pacientes monopolares recurrentes con antecedentes familiares

Parentesco	Dep.	Suic.	PMD	Alc.	Otros	Total
Padre	1	3		7		11
Madre	3	1		1	2	7
Hermanos	8	3			4	15
Hijos	4			1	2	7
Conyuge				6	1	7
Familiares 2°	2	3	2		8	15
Total	18	10	2	15	17	62
Sin antecedentes						25

TABLA XXX

Antecedentes familiares en pacientes monopolares recurrentes

Parentesco	Dep.	Suic.	PMD	Alc.	Otros	Total
Primer grado	19	10		14	10	53
Segundo grado	6	5		3	12	26
Total	25	15		17	22	79
Conyuge				6	1	7
Total				23	23	86

D) PACIENTES EN PRIMER EPISODIO

Aparecen en épocas intermedias de la vida (tabla XXVIII).
 Presentan menor proporción de síntomas neuróticos en la infancia, no hay enfermedades importantes previas a la actual y en la carga de la patología familiar destacan 7 con depresiones en familiares de primer grado, 1 con suicidio, 1 con alcoholismo y 3 con otras enfermedades psiquiátricas (ver tabla XXXI).

TABLA XXXI

Antecedentes familiares en pacientes con primer episodio depresivo

Parentesco	Dep.	Suic.	PMD	Alc.	Otros	Total
Primer grado	7			1	2	10
Segundo grado		1			2	3
Total	7	1		1	4	13
Sin antecedentes						7

La personalidad premórbida no se diferencia de los grupos anteriores, estando 3 anancásticos, 3 afectivos y 4 sin rasgos especiales de personalidad.

Al comparar los tres grupos de nuestro estudio resaltaremos:

Antecedentes familiares (tabla XXXII): nos llama la atención la alta proporción de depresiones. Así mismo, el diagnóstico de otros es menos frecuente en los enfermos bipolares. Existe una sobrecarga de patología psiquiátrica vinculada a enfermedad depresiva en el grupo bipolar y en los de primer episodio, sin alcanzar diferencias significativas respecto al otro que por ser más numeroso, presenta mayor gama de enfermedades entre los familiares.

TABLA XXXII

Comparación pacientes de los tres grupos con antecedentes familiares

A.F.	Recurrente	Bipolar	Episodio 1°	Total
Depresión	18	9	7	34
Suicidio	20	6	1	27
PMD	2	4		6
Alcoholismo	15	6	1	22
Otros	17	6	3	26
Total	72	31	12	115

Una comparación del número de fases depresivas (tabla XXXIII) y las hospitalizaciones (tabla XXXIV) entre los grupos nos indica que los enfermos bipolares tienen más fases y mayor número de hospitalizaciones; aunque entre el número de fases y hospitalizaciones no hay proporción.

TABLA XXXIII

Número de episodios depresivos

Número episodios	Bipolar	Recurrente
De 1 a 3 episodios	5	30
de 4 a 6 "	10	9
7 y más "	15	13

TABLA XXXIV

Hospitalizaciones por episodio depresivo

Número hospitalizaciones	Bipolar	Recurrente
0 hospitalizaciones	5	15
de 1 a 3 "	6	29
de 4 a 6 "	9	9
7 y más "	7	6

El nivel de adaptación durante el último año y la intensidad del estrés psicosocial quedan reflejados en las tablas XXXV y XXXVI respectivamente.

TABLA XXXV

Máximo nivel de adaptación en el transcurso del último año

Niveles	Bipolar	Recurrente	Episodio 1°	Total
Bueno		9	5	14
Medio	9	32	7	48
Malo	18	18	2	38
Total	27	59	14	100

 $\chi^2=26 \quad p<0.01$ TABLA XXXVI

Intensidad del estrés psicosocial

Término	Bipolar	Recurrente	Episodio 1°	Total
Bajo	3	14	7	24
Medio	1	7	1	9
Alto	23	38	6	67
Total	27	59	14	100

 $\chi^2=9.8 \quad p<0.05$

2. DATOS DEMOGRAFICOS

La edad en el momento de la entrevista es significativamente más alta en los pacientes diagnosticados como depresivos recurrentes que en los bipolares o en los de primer episodio depresivo (tabla XXXVII).

TABLA XXXVII

Edad actual

Edad	Bipolar	Episodio 1°	Recurrente	Total
<30 años	5	1		6
30 - 45	2	3	12	17
46 - 60	12	6	21	39
>60 años	6	4	26	36
Total	27	14	59	100

$$\chi^2=14.4 \quad p<0.05$$

En cuanto al sexo, encontramos mayor proporción de mujeres (85%) respecto a hombres (15%), sin relación con el diagnóstico psiquiátrico.

Hay mayoría de pacientes de clase media (57%) seguida de los de clase media-baja (36%), tampoco aquí hay relación con el diagnóstico.

En cuanto al estado civil tenemos que decir que un 55% son casados, seguidos de un 23% de viudos (sobre todo en pacientes con depresión unipolar recurrente). Todo ello es lógico debido a la edad y sexo de los pacientes.

La mayoría de los pacientes pertenecen a un nivel educacional que no sobrepasa los estudios primarios (80%).

Profesionalmente destacamos un 43% de amas de casa frente a un 44% de asalariados no cualificados.

Al mismo tiempo tenemos que actualmente un 54% se dedica a las tareas de la casa, un 10% ha sido jubilado por la edad y un 13% incapacitado profesionalmente, quedando en situación activa un 20% del total de la muestra.

3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

EDAD DE COMIENZO

La edad de inicio de la enfermedad oscila entre los 13 y los 78 años con una media de 41.70. Vemos que hay diferencia según el diagnóstico psiquiátrico (tabla XXXVIII).

TABLA XXXVIII

Edad de comienzo de la enfermedad

Diagnóstico	≤45	46-55	56-65	≥66	Total
Bipolar	21	5	1		27
Episodio 1º	4	5	2	3	14
Recurrente	33	10	9	7	59
Total	58	20	12	10	100

$$\chi^2=13.13 \quad p \text{ N.S.}$$

NUMERO DE FASES DEPRESIVAS Y MANIACAS

El número de fases depresivas previas a la actual es muy variable de unos casos a otros, con una media de 4.05. Hay una clara relación entre la edad de comienzo de la enfermedad y el

número de fases depresivas: cuando el comienzo es más joven, hay mayor número de fases depresivas (tabla XXXIX).

El número de fases depresivas hospitalizadas, no guarda relación con la edad de comienzo de la enfermedad y tiene una media de 2.48.

El número de fases maníacas no guarda relación con la edad de comienzo de la enfermedad y es de 1.22 como media. Considerando que hay 27 pacientes bipolares, la media de fases maníacas entre ellos es de 4.3 y de 1.8 hospitalizaciones por estas fases.

TABLA XXXIX

Número de episodios depresivos previos

Nº episodios	≤45	46-55	56-65	≥66	Total
0	6	5	3	3	17
1	7	5	3	3	18
2	5	1	2	2	10
3	5	1	1	1	8
4	3	3	3	1	10
5-8	9				9
≥ 9	23	5			28
Total	58	20	12	10	100

4. HISTORIA DEL EPISODIO DEPRESIVO ACTUAL

A) LÍNEA BASE DE PARTIDA: TRATAMIENTO INTERCRISIS

De los 100 pacientes estudiados por nosotros con un episodio depresivo mayor, 63 estaban consumiendo psicofármacos cuando comenzó su fase depresiva.

ANTIDEPRESIVOS: en solo 37 de los 63 pacientes con tratamiento psicofarmacológico (tabla XL) y con una dosificación recogida en la tabla XLI.

TABLA XL

Tratamiento psicofarmacológico en la intercrisis

Psicofármacos	Bipolar	Episodio 1°	Recurrente	Total
No antidep.	15	1	10	26
Tricíclicos	6	1	21	28
Tetracíclicos	1		5	6
Tric. + Tetrac.			3	3
Total	22	2	39	63

$\chi^2=11$ p N.S.

TABLA XLI

Dosificación antidepresiva en la intercrisis

Dosis	Bipolar	Episodio 1° Recurrente	Total
<75 mg.	2	5	7
75-125	3	14	18
>125	2	10	12
Total	7	29	37

 $\chi^2=2$ p N.S.

TRANQUILIZANTES MENORES: en 48 de los pacientes (14 con ansiolíticos, 15 con hipnofacilitadores y 19 con una asociación de ambos).

TRANQUILIZANTES MAYORES: en 17 pacientes.

TIMORREGULADORES: de los 22 pacientes bipolares en tratamiento psicofarmacológico al comienzo del episodio depresivo, 16 tomaban reguladores del ánimo (tabla XLII). En 5 de los pacientes asociado a antidepresivos tricíclicos (todos con sales de litio). De los pacientes con depresión mayor recurrente, 3 tenían asociados antidepresivos tricíclicos con timorreguladores (2 en tratamiento con sales de litio y 1 con dipropilacetamida).

TABLA XLII

Tratamiento timorregulador en la intercrisis

Tipo	Bipolar	Episodio 1º Recurrente	Total	
No	6	2	33	41
Salas de litio	13		3	16
Carbamacepina	1			1
Dipropilacetamida	2		3	5
Total	22	2	39	63

 $\chi^2=24$ $p<0.001$

B) EVOLUCION DEL EPISODIO ANTES DE LA HOSPITALIZACION

TIEMPO DE EVOLUCION DEL EPISODIO

Muy variable con una media de 68 dias. Mucho menor en bipolares que en monopulares (tabla XLIII).

TABLA XLIII

Tiempo de evolución del episodio depresivo

Tiempo	Bipolar	Episodio 1° Recurrente	Total
Hasta 15 días	10	3	13
de 16 a 30	11	2	11
de 31 a 60	3	4	16
más de 2 meses	3	5	19
Total	27	14	59
			100

$$X^2=16.8 \quad p<0.05$$

FORMA DE COMIENZO

Brusco en el 45% y progresivo en el 54%.

MOMENTO DE ACUDIR AL MEDICO

Solamente acuden al médico antes de la hospitalización 59 de todos los pacientes. Con una media de 26.81 días, solamente 36 lo hacen durante los primeros quince días y 12 después del mes; los depresivos bipolares parece que acudían antes que el resto de los grupos.

De los 59 pacientes que acuden a consulta ambulatoria: 23 no estaban tomando psicofármacos cuando comenzó el episodio depresivo y 36 si los consumían. De estos 36: 21 estaban con antidepresivos (3 solos; 3 con ansiolíticos; 3 con hipnofacilitadores; 7 con ansiolíticos e hipnofacilitadores; 1 con neurolépticos e hipnofacilitadores; 1 con sales de litio; 1 con ansiolíticos y sales de litio; 1 con neurolépticos, ansiolíticos e hipnofacilitadores y 1 con sales de litio, ansiolíticos e hipnofacilitadores) y 15 consumían otros psicofármacos (3 con ansiolíticos; 1 con hipnofacilitadores; 2 con sales de litio; 1 con carbamacepina; 2 con ansiolíticos y neurolépticos; 2 con ansiolíticos, hipnofacilitadores y sales de litio; 1 con neurolépticos, hipnofacilitadores, ansiolíticos y dipropilacetamida; 1 con ansiolíticos, hipnofacilitadores y neurolépticos; 1 con neurolépticos, ansiolíticos y sales de litio y 1 con sales de litio y neurolépticos).

De los 41 pacientes que no acudieron al médico: 27 estaban en tratamiento con psicofármacos. De estos, 16 con antidepresivos (2 solos; 2 con ansiolíticos; 2 con hipnofacilitadores; 3 con ansiolíticos, hipnofacilitadores y sales de litio; 1 con hipnofacilitadores y neurolépticos; 1 con ansiolíticos, hipnofacilitadores y dipropilacetamida; 1 con ansiolíticos y sales de litio; 1 con hipnofacilitadores y sales de litio y 1 con neurolépticos) y 11 con otros psicofármacos (1 con hipnofacilitadores, neurolépticos y dipropilacetamida; 1 con hipnofacilitadores, neurolépticos y sales de litio; 1 con

dipropilacetamida; 1 con hipnofacilitadores y neurolépticos; 1 con ansiolíticos; 2 con neurolépticos; 1 con neurolépticos y dipropilacetamida; 1 con hipnofacilitadores y 2 con hipnofacilitadores y sales de litio).

En uno de los casos que no acudió a consulta, el episodio comenzó tras el abandono de la medicación (100 mg. de amitriptilina y carbonato de litio).

MOTIVO DE LA PRIMERA CONSULTA

De los 59 pacientes que consultaron al médico por su sintomatología, 55 tenían quejas psíquicas y tan solo 4 presentaban fundamentalmente (subjettivamente) molestias somáticas (en tres de ellos, este era su primer episodio depresivo). ($\chi^2=9.1$, $p<0.05$).

PRIMER TRATAMIENTO AMBULATORIO

El número de pacientes (del total de la muestra) que tomó un primer tratamiento ambulatorio tras el comienzo del episodio depresivo fue de 60. De estos: 1 paciente se automedicó, 46 fueron vistos por el psiquiatra, 11 fueron tratados por el médico de cabecera y 2 por otros especialistas.

ANTI-DEPRESIVOS: solamente se prescribieron anti-depresivos en 46 de los 60 pacientes (76.66%). (tabla XLIV).

TABLA XLIV

Antidepresivos del primer tratamiento ambulatorio

Antidepresivos	Bipolar	Episodio 1° Recurrente	Total	
No antidep.	2	5	7	14
Tricíclicos	10	5	18	33
Tetracíclicos	3	1	8	12
Tric.+ Tetrac.	1			1
Total	16	11	33	60

 $\chi^2=8$ p N.S.

Fueron tratados con dosis efectivas de antidepresivos en 42 de los casos y en 4 casos la dosis fue insuficiente (tabla XLV).

TABLA XLV

Dosificación antidepresiva en el primer tratamiento ambulatorio

Dosis	Bipolar	Episodio 1° Recurrente	Total
<75 mg.	2	2	4
75-125	8	6	18
>125	4	6	10
Total	14	6	26
			46

 $\chi^2=7$ p N.S.

La duración del tratamiento antidepresivo fue menor de dos semanas en 20 casos, de dos a cuatro semanas en 5 casos y mayor de cuatro semanas en 21 casos.

Los motivos de abandono del tratamiento antidepresivo fueron los siguientes: 39 por prescripción facultativa (32 de ellos ingresaron en el hospital; donde a 6 de ellos no le cambiaron de antidepresivo, simplemente les subieron la dosis); 2 abandonaron por los efectos secundarios de la medicación; 4 por actitud en contra de los mismos y 1 porque no notaba mejoría.

De los pacientes tratados con antidepresivos durante un tiempo superior a cuatro semanas:

- 14 pacientes ingresaron tras este tratamiento y 7 recibieron un segundo tratamiento ambulatorio.

- De los 14 que ingresaron: 13 habían sido tratados con dosis eficaces de antidepresivos (>75 mg.): de estos, 3 habían tenido tratamiento antidepresivo en la intercrisis (uno de ellos dosis ineficaces). El otro, con dosis ineficaces, sin embargo las tenía eficaces en la intercrisis.

- De los 7 pacientes que pasaron a un segundo tratamiento: 6 habían sido tratados con dosis eficaces de antidepresivos: de estos, 1 abandonó la medicación por no encontrar mejoría; 4 estaban tomando antidepresivos antes de consultar (dos de ellos sufrieron cambio de antidepresivo y disminución de dosis, siempre terapéuticas). El paciente con dosificación baja, la mantenía desde antes de comenzar el episodio depresivo.

De los pacientes tratados un tiempo inferior a dos semanas:

- 12 pacientes ingresaron, 5 siguieron un segundo tratamiento y 3 abandonaron definitivamente.
- De los 12 pacientes que ingresaron: 11 habian sido tratados con dosis eficaces de antidepresivos; de estos, 5 tomaban antidepresivos antes de comenzar el episodio (4 de ellos con dosis terapéuticas). Dos de los que ingresaron no cambiaron de medicación sino que se les aumentó la dosis. El otro fue tratado con dosis bajas y al ingresar se le aumentó la misma.
- 3 pacientes abandonaron el tratamiento y no volvieron a tener otro hasta el ingreso: 1 por efectos secundarios (con el mismo tratamiento pero a mayor dosis que en la intercrisis) y 2 por actitud en contra (uno de ellos con tratamiento anterior a dosis adecuadas). Todos con dosis correctas.
- De los 5 que llegaron a un segundo tratamiento: todos tratados con dosis eficaces, 2 abandonaron la medicación por estar en contra, 1 por efectos secundarios y 2 por prescripción facultativa (uno de ellos con tratamiento previo eficaz).

Solo nos quedan 5 pacientes tratados con antidepresivos durante un intervalo de dos a cuatro semanas al que no respondieron: todos fueron hospitalizados; a 2 les subieron la medicación (4 estaban con dosis terapéuticas).

TRANQUILIZANTES MENORES: en 45 de los 60 pacientes con un primer tratamiento ambulatorio para su depresión (solamente en 26 pacientes asociado a antidepresivos). Tomaban ansiolíticos

17 pacientes, hipnofacilitadores 11 pacientes y otros 17 tomaban ambos productos.

TRANQUILIZANTES MAYORES: en 17 pacientes.

TIMORREGULADORES: en 11 pacientes (tres sin antidepresivos). 9 con carbonato de litio, uno con carbamacepina y uno con dipropilacetamida. Todos consumían el medicamento antes de comenzar este nuevo episodio depresivo.

Hay una clara relación entre el consumo de estos fármacos y el diagnóstico de trastorno bipolar (de un total de 15 pacientes con este diagnóstico tratados en este primer tratamiento ambulatorio). ($\chi^2=36.5$, $p<0.001$).

PSICOTERAPIA: en un paciente.

OTROS MEDICAMENTOS: en 19 pacientes.

SEGUNDO TRATAMIENTO AMBULATORIO

A este tratamiento llegan 14 pacientes; todos medicados por el psiquiatra menos uno que es visitado por otro especialista.

ANTIDEPRESIVOS: fueron utilizados los antidepresivos en 11 de los casos (6 tricíclicos y 5 tetracíclicos). Con una dosificación menor de 75 mg./día en tres casos y más en ocho.

La duración del tratamiento fue la siguiente: más de cuatro semanas en un paciente que ingresó y menos de dos semanas en 9 pacientes: 6 ingresaron (3 con dosis ineficaces; a

3 les aumentaron la dosis), 1 lo dejó por una mala actitud hacia el mismo, 1 lo dejó por los efectos secundarios (luego tuvo un tercer tratamiento) y a 1 se lo cambió el psiquiatra por un tercer tratamiento. De dos a cuatro semanas en un paciente que ingresó.

TRANQUILIZANTES MENORES: en 11 pacientes (dos de ellos sin antidepresivos).

TRANQUILIZANTES MAYORES: en 5 pacientes.

OTROS MEDICAMENTOS: en 3 pacientes.

PSICOTERAPIA: en un paciente.

TERCER TRATAMIENTO AMBULATORIO

A este tratamiento llegan 4 pacientes: 2 de ellos hasta ahora no habían recibido antidepresivos, a uno se lo quitaron en el segundo tratamiento ambulatorio. Solo van a recibir antidepresivos 3 pacientes (uno no ha recibido antidepresivos hasta el ingreso), 2 a dosis terapéuticas. El paciente con dosificación baja, estuvo en tratamiento menos de dos semanas e ingresó; también ingresó el que estuvo más de cuatro semanas. Solamente un caso, que estuvo entre dos y cuatro semanas con ese tratamiento pasó a un CUARTO TRATAMIENTO AMBULATORIO que le obligó a ingresar en un plazo menor a dos semanas.

En la tabla XLVI encontramos resumidos los tratamientos antidepresivos ambulatorios en distintos momentos evolutivos del episodio depresivo.

TABLA XLVI

Resumen tratamientos antidepresivos ambulatorios

Primer tratamiento	2° Tto.	3° Tto.	4° Tto.
Hosp.	H	H	H
NO AD=14	3	1	
SI AD=46	11	3	1
<75 mg =4: ≤20 d =1	2	2	
≥36 d =2			
21-35 =1			
≥75 mg=42: ≤20 d=19	2	2	
≥36 d=12			
21-35=11			
			20 días
SI AD=26			
<75 mg =3: ≤20 d	1		
≥36 d =2			
21-35			
≥75 mg=23: ≤20 d	1	1	
≥36 d=12	1		
21-35=11	8		
			35 días
SI AD=14			
<75 mg =2: ≤20 d	1	1	1
≥36 d			
21-35			
≥75 mg=12: ≤20 d	2	1	1
≥36 d=12	1		1
21-35	3		1
			60 días
SI AD=9			
<75 mg : ≤20 d			
≥36 d			
21-35			
≥75 mg =9: ≤20 d	2	1	
≥36 d =9	1	1	1
7			

C) TRATAMIENTO HOSPITALARIO

MOTIVO DE INGRESO

Aunque muchos pacientes podrian haber estado incluidos en varios apartados, decidimos ubicarlos solamente en uno:

- Delirantes y graves (41).
- Inanición continuada (5).
- Riesgo de suicidio (43).
- Encronizadas (5).
- Efectos secundarios importantes (2).
- Familiares (2).
- Sociales (2).

VIA DE INGRESO

Tenemos recogido que 87 pacientes fueron ingresados a través del servicio de urgencias, 7 a través de las consultas externas, uno remitido desde otra sala del hospital y 5 de otras formas.

INDICE DE GRAVEDAD AL INGRESO

Se les ha pasado a todos la escala de Hamilton para la depresión (de 21 items) en las primeras 48 horas de ingreso y se han obtenido las siguientes puntuaciones: menos de treinta puntos en 35 casos, de treinta y uno a treinta y cinco en 36 casos y más de treinta y seis puntos en 29 pacientes. Con una media de 31.96 puntos.

PRIMER TRATAMIENTO HOSPITALARIO

ANTIDEPRESIVOS: se utilizaron antidepresivos en 96 pacientes. En todos los casos con dosís consideradas terapéuticas (de 75 a 125 mg. en 29 pacientes y mayores en 67). Todos siguieron este tratamiento hasta el momento del alta exceptuando 18 que tuvieron que iniciar otros tratamientos.

La duración de este primer tratamiento fue de más de cuatro semanas en uno de los casos y menor de dos semanas en 6 pacientes (2 por efectos secundarios y 4 por no mejoría; uno de estos últimos tenía el mismo fármaco que en el tratamiento ambulatorio pero a dosís terapéuticas). A los 11 restantes se les cambió el tratamiento en el intervalo comprendido entre las dos y las cuatro semanas (uno por efectos secundarios, 8 por no mejoría y 2 por otros motivos).

Se utilizaron antidepresivos tricíclicos en 62 pacientes, tetracíclicos en 32 y ambos en 2 pacientes.

TRANQUILIZANTES MENORES: se utilizaron en 87 pacientes (ansiolíticos en 6, hipnofacilitadores en 31 y ambos en 50 pacientes).

TRANQUILIZANTES MAYORES: en 43 de los pacientes.

TIMORREGULADORES: en 26 pacientes con la siguiente distribución: sales de litio en 15; carbamacepina en 5; sales de litio y carbamacepina en 2; dipropilacetamida en uno; sales de litio, carbamacepina y dipropilacetamida en un caso; sales de

litio y valproato sódico en un paciente y sales de litio con dipropilacetamida en otro.

FARMACOS NO TERAPEUTICOS: en 53 pacientes.

OTROS FARMACOS: en 4 pacientes

ECT: junto a antidepresivos en dos pacientes

AGRIPNIA: en 5 pacientes, asociado a antidepresivos.

Los cuatro pacientes sin antidepresivos tenían: ansiolíticos, hipnofacilitadores y carbamacepina; hipnofacilitadores y neurolépticos; ansiolíticos e hipnofacilitadores; hipnofacilitadores y carbamacepina. El primero tomaba neurolépticos desde antes de comenzar el episodio depresivo y el cuarto carbamacepina (ambos son bipolares). El segundo acudió al médico y le puso neurolépticos (ingresó a la semana) y el tercero estuvo en tratamiento con amitriptilina en dosis eficaces durante cuatro días antes del ingreso (este era su primer episodio depresivo).

SEGUNDO TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Recibieron un segundo tratamiento antidepresivo 17 pacientes (ya que uno hizo un cambio de fase hacia el polo maniaco). Todos ellos recibieron dosis consideradas terapéuticas (tricíclicos en 10 casos, tetracíclicos en 5 y ambos en 2 casos); de estos, 3 tuvieron que abandonar el tratamiento (2 antes de dos semanas y otro en el intervalo de dos a cuatro semanas, por no mayoría).

Entre otros medicamentos recibidos destacamos: ansiolíticos (junto con hipnofacilitadores en 10 casos; hipnofacilitadores solo en 7 casos), neurolépticos en 9 casos, timorreguladores en 4 (sales de litio en 3 y en 1 carbamacepina). Medicación somática en 10 pacientes y otros fármacos en 2 pacientes. En 5 pacientes se precisó la utilización de ECT y en 2 agripnia.

TERCER TRATAMIENTO HOSPITALARIO

En tres de los pacientes fue necesario un tercer tratamiento con dosis eficaces de antidepresivos. Uno lo abandonó a los 17 días (se le dio el alta por incomparecencia). Todos tenían ansiolíticos e hipnofacilitadores asociados, 2 tenían neurolépticos, 1 carbamacepina, y 2 medicación somática. A un paciente se le practicó ECT.

DURACION DEL INGRESO

La media de duración del ingreso por episodio depresivo es de 32.63 días. Distribuido de la siguiente forma: menos de 15 días en doce casos, entre 16 y 25 días en treinta y dos casos, más de 26 días en cincuenta y seis casos.

En las tablas siguientes encontramos resumidos los distintos tratamientos antidepresivos ambulatorios (tabla XLVII) y hospitalarios (tabla XLVIII) recibidos por estos 100 pacientes en el transcurso de este episodio depresivo.

MUESTRA	MEDICO	TRATAMIENTOS	DOSIS AD	ABANDONO TTO.	MOTIVO
Primer tto. ambulatorio (N = 60)	ninguno = 1 psiquiatra=46 m. general=11 especialista=2	AD = 46 Im = 45 TM = 17 Tr = 11 somat.= 18 psicoterapia=1	< 75 mg/d = 4 75-150 = 39 > 150 mg = 3	< 2 sem. = 20 2-4 = 5 > 4 sem. = 21	Presc.fac.=39 (Hosp.= 32) Efec.sec.= 2 en contra= 4 otros = 1
Segundo tto. ambulatorio (N = 14)	psiquiatra=13 m. general= 1	AD = 11 Im = 10 TM = 5 somat.= 3 psicoterapia=1	< 75 mg/d = 3 75-150 = 6	< 2 sem. = 6 2-4 = 2 > 4 sem. = 1	Presc.fac.= 9 (Hosp.= 6) Efec. sec.= 1 en contra = 1
Tercer tto. ambulatorio (N = 4)	psiquiatra=4	AD = 3 Im = 4 somat.= 1 psicoterapia=1	< 75 mg/d = 1 >150 mg/d = 2	< 2 sem. = 1 2-4 = 1 > 4 sem. = 1	Presc.fac.= 3 (Hosp.= 2)
Cuarto tto. ambulatorio (N = 1)	psiquiatra=1	AD = 1 Im = 1	75-150 mg = 1	< 2 sem. = 1	Presc.fac.= 1 (Hosp.= 1)

TABLA XLVII: Resumen tratamientos antidepresivos ambulatorios

MUESTRA	MEDICO	TRATAMIENTOS	DOSIS AD	ABANDONO TTO.	MOTIVO
Primer tto. hospitalario (N = 100)	psiquiatra=100	AD = 96 IM = 87 TM = 43 Tr = 26 somat. = 53 agripnia = 5 ECT = 2 otros = 4	75-150 mg = 71 > 150 mg/d = 25	< 2 sem. = 4 2-4 = 13 > 4 sem. = 1	Efec. sec. = 3 no mejoría = 13 otros = 2
Segundo tto. hospitalario (N = 17)	psiquiatra=100	AD = 17 IM = 17 TM = 9 Tr = 4 somat. = 50 agripnia = 2 ECT = 4 otros = 2	75-150 mg = 14 > 150 mg/d = 3	< 2 sem. = 2 2-4 = 1	no mejoría = 3
Tercer tto. hospitalario (N = 3)	psiquiatra = 3	AD = 3 IM = 3 TM = 2 Tr = 1 somat. = 2 ECT = 2	75-150 mg = 1 > 150 mg/d = 2	< 2 sem. = 1	otros = 1

TABLA XLVIII: Resumen tratamientos antidepresivos hospitalarios

5. ANÁLISIS DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL EPISODIO DEPRESIVO

No depende de los datos demográficos.

En relación directa con el número de días que tarda el paciente en acudir al médico (lo que explica el 36% de la varianza del total de la duración del ingreso-episodio): en los que acuden antes, ingresan antes y dura menos el episodio.

Ni los factores clínicos (diagnóstico), ni los ejes IV y V del DSM-III tienen relación con la duración del episodio. Tampoco lo tiene el hecho de recibir reiterados tratamientos ambulatorios ni el tipo evolutivo de la enfermedad (número de fases depresivas y hospitalizaciones).

En un análisis de regresión múltiple, ninguno de los síntomas del DSM-III se asocian con la duración prolongada de la fase.

La ritmicidad (ítem 18 del Hamilton) vemos como si está en relación con la duración de la fase (mayor duración según va siendo más grave la variación diurna de la sintomatología).

La media de la duración total del episodio es de 101.6 con una desviación standard de 114.5.

El tiempo de evolución del episodio depende de factores personales así como la respuesta a los tratamientos es compleja y obedece a una asociación de elementos.

Se realizan coeficientes de relación de Pearson entre las variables clínicas (sintomatología DSM III-Hamilton), variables

evolutivas y terapéuticas no encontrándose asociaciones significativas por lo que se procede a una fragmentación del grupo que se considera muy heterogeneo.

1) Vamos a comparar el grupo de pacientes hospitalizados en las tres primeras semanas de evolución del episodio depresivo, con una muestra de enfermos que siguen tratamiento ambulatorio durante al menos los dos primeros meses de duración de la misma: aplicando un análisis de Scheffe con el programa 7 B del BMDP (t de Student).

- Edad: a) 32 pacientes hospitalizados en un primer episodio ($x=53.8 \pm 15.4$ de desviación standard, con un rango de 23 a 84).

b) 27 pacientes ambulatorios con $x=53.3 \pm 14.9$ años y con un rango de 21 a 72.

Sin diferencia significativa en cuanto a la edad (ni el sexo).

- Los pacientes que tardan más en ingresar tienen mayor nivel educacional ($p<0.05$) que los hospitalizados en las tres primeras semanas.

- La ideación de muerte, es más frecuente en pacientes ingresados entre las tres primeras semanas y los dos meses de evolución que entre los hospitalizados en las tres primeras semanas ($p<0.05$).

- Hamilton: 32 (primer grupo), 33(segundo grupo)

Mayor gravedad de ideación suicida entre las personas que ingresaron entre el primero y segundo mes (grupo medio).

Menor gravedad de insomnio precoz e intermedio entre los pacientes de este grupo medio.

Mayor dificultad en el trabajo y actividades entre los pacientes que ingresaron en las primeras tres semanas.

- Número de fases depresivas: en el primer grupo existe una media de 5.3 episodios con 4 hospitalizaciones y en el segundo grupo es de 2.7 episodios con 1.3 hospitalizaciones.

El perfil del enfermo hospitalizado al comienzo del episodio es el siguiente: menor nivel educacional, mayor alteración de la actividad laboral y con mayor número de fases depresivas y hospitalizaciones.

- En el primer grupo, la proporción de amas de casa es del 45% y en el segundo grupo del 25% (no significación estadística). La proporción de pacientes en activo es mayor en el grupo ambulatorio (30%) frente al 15% de hospitalizados.

- La forma de comienzo de la fase es brusca en un 75% de los hospitalizados frente al 33% de los ambulatorios ($p < 0.01$).

- De los 22 pacientes hospitalizados en las tres primeras semanas, 12 han seguido tratamiento médico ambulatorio y 24 del grupo ambulatorio (N.S.).

La proporción de pacientes tratados por el psiquiatra es similar en los dos grupos (de forma ambulatoria).

- Motivo de ingreso: el 40% de los pacientes hospitalizados en las tres primeras semanas lo hicieron por el propio cuadro (ideas delirantes, gravedad) frente al 30% de los que tardaron más de dos meses en ingresar.

- Hay doble proporción de enfermos del segundo grupo tratados con tetracíclicos, mientras que el 66% del primer grupo son tratados con tricíclicos. No hay diferencia de respuesta.
- Existen diferencias en las asociaciones medicamentosas: mayor proporción de asociar ansiolíticos e hipnofacilitadores en la población con mayor tiempo ambulatorio ($p < 0.05$). No existen diferencias con otros fármacos (timorreguladores, neurolepticos y otros).
- En los pacientes hospitalizados en las tres primeras semanas hubo peor respuesta clínica por lo que en doble proporción hubo que aplicar un segundo tratamiento hospitalario (en 7 casos).
- El 50% de los pacientes bipolares son hospitalizados en las primeras semanas (tabla XLIX).

TABLA XLIX

Grupos de pacientes según el momento de ingreso

Diagnóstico	Hospitalizados (<3 sem.)	Medio Ambulatorio (1-2 m)	Total
Bipolar	14	10	27
Episodio 1°	4	5	14
Recurrente	14	26	59
Total	32	41	100

$$\chi^2 = 8.5 \quad p < 0.08 \text{ N.S.}$$

No hay diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a la subclasificación diagnóstica, ni entre los antecedentes familiares, ni la personalidad.

- Tratamiento intercrisis: hay mayor número de pacientes con tratamiento antidepresivo entre los hospitalizados en las tres primeras semanas (tabla L). La proporción de pacientes sin tratamiento antidepresivo intercrisis es mayor en pacientes ambulatorios que en los de hospitalización inmediata. La proporción de bipolares con tratamiento timorregulador es del 30% (12 casos) ($p < 0.01$).

TABLA L

Tratamiento intercrisis de pacientes según el momento de ingreso

Antidepresivos	Hospitalizados	Medio	Ambulatorio	Total
No antidep.	8	16	2	26
Tricíclicos	12	8	8	28
Tetracíclicos	2	1	3	6
Tric.* Tetrac.	1	1	1	3
Total	23	26	14	63

2) Grupo de pacientes con riesgo de ser hospitalizado:

- Análisis por tipos evolutivos:

- a) Graves: intervalos menores de un año ($N=12$, $x=0.74$).
- b) Moderados: entre uno y cuatro años ($N=48$, $x=2.46$).
- c) Leves: más de cuatro años ($N=23$, $x=9.02$).

Tenemos una media de edad de 4.03 años, con una desviación de 4.24, en los 83 pacientes con más de un episodio depresivo.

Por el sexo: no hay diferencias.

Primer tratamiento ambulatorio: en los pacientes leves hay tendencia a la medicación no antidepresiva en el 33.3% ($p < 0.05$).

Los casos graves son los recurrentes y los moderados los bipolares (22 de 25). De los 58 pacientes recurrentes 21 tienen un periodo intercrisis superior a cuatro años (tabla LI).

TABLA LI

Grupo de pacientes con riesgo de ser hospitalizados: análisis por tipos evolutivos

Diagnóstico	Graves	Moderados	Leves	Total
Bipolar	1	22	2	25
Recurrente	11	26	21	58
Total	12	48	23	83

$$X^2=13 \quad p<0.01$$

El índice de hospitalización es de 2.069 \pm 2.11. Mínimo=0.5 y máximo=9. Hospitalizan mucho 36, regular 7 y poco 8. No hay diferencias en las variables.

Aplicando la t de Student: la alteración del apetito es menos marcada en los leves que en los moderados ($p < 0.05$). Hay mayor insomnio precoz en enfermos moderados que en leves.

6. PECULIARIDADES CLINICAS

Hemos comparado los nueve grupos generados al unir el diagnóstico de las variables 144 y 145.

No hay diferencia significativa en cuanto a la edad de los pacientes en la actualidad.

Aplicando la t de Student, no hay diferencias en cuanto a la edad de comienzo aunque, enfermos nuevos con delirio (8 casos) y enfermos nuevos con melancolía (5 casos), tienen edad promedio de 52 años frente a cifras entre 35 y 40 años de los otros grupos.

A nivel sintomatológico, los criterios diagnósticos DSM-III los presentan casi todos los enfermos:

Anorexia o pérdida de peso: la mitad de los seis enfermos monopolares (sin melancolía ni delirio).

Insomnio: todos.

La alteración psicomotriz la presentan solamente dos tercios de los bipolares.

La pérdida de interés en las actividades habituales la presentan todos.

Pérdida de energía, fatiga: en cuatro de los seis enfermos bipolares.

Sentimientos de inutilidad, culpa: en el 50% de los bipolares, 3/4 de los enfermos bipolares con melancolía y 50% de la muestra sin diferencia entre grupos.

Disminución de la capacidad de concentración: en todos.

Ideas de muerte: en todos.

El tiempo de evolución del presente cuadro nos revela que el primer episodio con delirio tiene un promedio de 176 días hasta su ingreso, los de primer episodio con melancolía de 97, los recurrentes con melancolía de 99 y el resto entre 30 y 45.

Al comparar el Hamilton (tabla LII) en estos nueve grupos encontramos las diferencias siguientes: (ver tabla LIII).

Los sentimientos de culpa en bipolares con delirio es significativamente superior a todos los grupos.

No hay diferencia en los índices de suicidio; todos los grupos con ideas de muerte.

El insomnio precoz es más frecuente en los pacientes con delirio que en el resto.

El insomnio intermedio es más frecuente en bipolares delirantes.

El insomnio tardío esta presente en más de la mitad de la muestra sin diferencias significativas.

Las dificultades en la actividad es igual en todos los pacientes, con disminución del tiempo dedicado a ello.

Inhibición: solo se da a nivel ligero sin diferencia en los grupos analizados.

Agitación: pequeña, "juego" con manos y cabellos en algunos casos.

Ansiedad psíquica más frecuente en bipolares.

Ansiedad somática es más frecuente en recurrentes con melancolía que en el resto.

Síntomas somáticos gastrointestinales: más frecuente en pacientes con primer episodio y delirio.

Síntomas somáticos generales: aparecen con un nivel de pesadez, fatiga.

Síntomas genitales: graves en todos los grupos.

Hipocondría: tan solo en los enfermos con delirio y en recurrentes con melancolía a nivel de preocupación corporal por sí mismo.

Pérdida de peso: ligera en todos (N.S.).

Conciencia de enfermedad: diferencias significativas entre los grupos.

Variación diurna: ligera en todos los grupos.

Despersonalización: no aparece en bipolares con melancolía ni en recurrentes (en ninguno de los tres grupos).

Síntomas paranoides: principalmente en enfermos nuevos delirantes, con diferencias significativas respecto al resto, así como recurrentes delirantes.

Sintomatología obsesiva: ligera en bipolares sin melancolía.

TABLA LII

Indice de gravedad al ingreso de los distintos grupos diagnósticos

Diagnóstico	Hamilton:	N	x	S
Bipolar		6	28	6
Bipolar delirante		3	41	1.7
Bipolar melancolía		18	30	6
Episodio 1º		1	23	0
Episodio 1º delirante		8	36	5.7
Episodio 1º melancolía		5	33	4
Recurrente		6	26	5
Recurrente delirante		22	32	5.8
Recurrente melancolía		31	32	4.7
Bipolar distinto de Bipolar delirante				
Bipolar delirante distinto de Bipolar melancolía				
Bipolar delirante distinto de Recurrente				
Episodio 1º delirante distinto de Recurrente				

TABLA LIII

Hamilton de los distintos grupos diagnósticos

x	Bipolar			Episodio 19			Recurrente		
Item	B	BD	BM	19	19D	19M	R	RD	RM
1	3	4	3.8	4	3.6	4	3.7	3	3.7
2	0.7	3.3	0.9	0	1.4	1.2	0.8	1.2	1.7
3	2.7	3	2.2	3	2.5	2.2	2.5	2	2.6
4	1.7	2	1.9	0	2	1.6	1.2	1.4	1.9
5	1	2	1.7	0	1.6	1.6	1.2	1.3	1.2
6	1.3	2	1.9	2	1.7	2	1.3	1.3	1.8
7	3.5	2.3	3.7	2	3.2	3.4	3.7	3.3	3.5
8	0.2	1.7	1.1	0	1.4	1.6	1	1.4	0.8
9	0.3	0.7	0.3	0	0.25	0.4	0.5	0.7	0.5
10	2.7	4	2.5	4	2.9	3.6	2.5	3	3
11	1.3	2	1.4	1	1.9	1.4	1	1.8	2
12	1.7	2	1.4	0	2	1.8	1	1.6	1.7
13	0.8	1.7	0.9	1	1.2	1.4	1.2	1	1
14	2	2.7	2.4	2	2.4	2.8	2	2.2	2.5
15	0.3	1.3	0.7	0	1.5	0.6	0	0.8	1.2
16	1.7	1.7	1.2	0	1.6	1.4	0.3	0.8	1.2
17	0.2	1	0	0	1	0.2	0.2	0.6	0.1
18	1.3	0.3	1	3	1.2	1.2	1	1	1.4
19	1	0.7	0.2	1	0.5	0.6	0	0.2	0.2
20	0.2	1.3	0.1	0	2.7	0	0.7	2.4	0.4
21	1	1.3	0.4	0	0	0.2	0.5	0.1	0.4

7. ESTUDIO DE CORRELACIONES

A) SIMPLES

Hemos realizado un análisis de correlación de Pearson entre algunas de las variables cuantitativas que aparecen en la tabla LIV encontrándonos con los resultados siguientes:

La edad actual se asocia con un coeficiente de 0.5 con la duración del ingreso, esto es, a mayor edad, mayor probabilidad de duración del ingreso, al igual que con el número de hospitalizaciones con un coeficiente de 0.7 y curiosamente, se asocia inversamente con el tiempo de evolución previo al ingreso: a mayor edad, menor tiempo de evolución previo. Esto es, pacientes más conocidos y por lo tanto que acuden antes al médico son, en su caso, ingresados con mayor celeridad como consecuencia del conocimiento efectivo del tratamiento que en el medio hospitalario se les puede ofrecer.

El nivel socioeconómico se asocia con el número de episodios en una relación directamente proporcional y con un coeficiente de 0.5 en el sentido de tener mayor número de episodios aquellos con menor nivel socioeconómico; en segundo lugar, se asocia inversamente con el tiempo que tardan en acudir al médico esto es, aquellos de nivel socioeconómico más bajo acuden al médico buscando tratamiento con mucha mayor celeridad que el resto de los pacientes. Finalmente, la escala

de Hamilton también se asocia con el nivel socioeconómico con un nivel de 0.4, a menor nivel socioeconómico, mayor nivel de sintomatología.

En cuanto al análisis de la duración del ingreso, nos encontramos con que hay tres factores significativos. En primer lugar, el número de fases se asocia con una mayor duración del ingreso; el número previo de hospitalizaciones a su vez, con una mayor duración del ingreso y por último, el tiempo de evolución breve previo al ingreso se asocia con una duración mayor, esto es, con un coeficiente de correlación con -0.65.

La edad de comienzo de la enfermedad se asocia tan solo con el número de episodios pero de forma inversamente proporcional y algo con el tiempo de acudir al médico (0.4), pero no con el resto de las variables analizadas.

El número de episodios como ya hemos dicho, tiene una relación directamente proporcional con el número de hospitalizaciones e inversamente proporcional con el tiempo de acudir al médico.

La escala de Hamilton se va a asociar fundamentalmente con el nivel socioeconómico, con el número de hospitalizaciones y con el tiempo de evolución previo al ingreso; en todos los casos en una relación directamente proporcional, excepto con el número de hospitalizaciones (inversamente proporcional).

TABLA LIV

Análisis de correlación de Pearson

	EDAD	NIVEL SOCIOEC.	DURACION INGRESO	EDAD COMIENZO	Nº EP. DEPRES.	Nº HOSP. EP. DEPR.	NOM. AC. MEDICO	TIEMPO EVOLUC.
EDAD	1.0000							
NIVEL SOCIOECONOMICO	-0.2555	1.0000						
DURACION INGRESO	0.5093	-0.0411	1.0000					
EDAD COMIENZO ENFERMEDAD	0.3476	-0.3471	0.0178	1.0000				
Nº EPISODIOS DEPRESIVOS	0.3131	0.5394	0.6014	-0.4388	1.0000			
Nº HOSP. EP. DEPRESIVOS	0.6847	-0.1091	0.6540	-0.2426	0.6474	1.0000		
MOMENTO ACUDIR MEDICO	-0.0573	-0.4577	-0.4055	0.4179	-0.4859	-0.3876	1.0000	
TIEMPO EVOLUCION	-0.4139	0.2356	-0.6503	-0.1702	-0.2396	-0.3695	0.5187	1.0000
HAMILTON	-0.3807	0.4226	-0.3730	0.0782	0.0157	-0.4572	0.4303	0.4801

B) MÚLTIPLES

A continuación, hemos realizado un estudio de predicción de algunos tiempos de duración de los episodios depresivos, calculando una regresión lineal con el programa 2R del paquete BMDP.

Incluyendo todas las variables cuantitativas de nuestro análisis, hemos intentado predecir el tiempo de duración del ingreso, para ver si este se encontraba en relación con alguno de los parámetros descritos con anterioridad.

Tan solo dos contribuyen de forma significativa como aparece en la tabla LV. El primero de ellos, que es el número de hospitalizaciones, nos explica el 43% de la varianza con un coeficiente β de 7.1 y por lo tanto con una relación directamente proporcional, esto es, la duración del ingreso va a estar en relación directamente proporcional con el número de hospitalizaciones previas que el paciente ha sufrido y en segundo lugar, con el tiempo de evolución antes del ingreso, pero este va a venir con un coeficiente β negativo con lo que el 20% de explicación de la varianza adicional que nos explica esta variable va a interpretarse en el sentido de que a mayor celeridad en acudir al médico del hospital, mayor duración del ingreso.

El resto de las variables no muestran una predicción significativa con una $f > 4$ en el análisis de regresión múltiple.

En segundo lugar, hemos estudiado el tiempo de evolución del episodio hasta el ingreso, intentando a su vez correlacionarlo, no con factores clínicos o terapéuticos, sino con el mero hecho de variables cuantitativas descritas en el modelo. Nos encontramos que, tan solo la variable duración del ingreso, se asocia nuevamente con el tiempo de evolución del episodio (hasta el ingreso) en un sentido inverso como ya hemos señalado, con una explicación de la varianza del 42% y con un coeficiente β de -2.

También hemos estudiado la posibilidad de predicción de los días de evolución del episodio hasta el momento en que el paciente acude al médico encontrándonos, con que ninguna de las variables estudiadas se incluye en el modelo de regresión lineal y por lo tanto no podemos establecer ningún vínculo de esta variable con las demás.

A su vez hemos estudiado las peculiaridades de algunos grupos como por ejemplo los pacientes con melancolía, encontrándonos que estos, considerados de forma complementaria con el resto de los grupos diagnósticos, se asocian significativamente con puntuaciones mucho más elevadas en la escala de Hamilton hasta el nivel de 0.85 y de 0.89 en lo que se refiere a la clasificación de delirantes y no delirantes.

La escala de Hamilton nos va a explicar el 73% de la varianza de la melancolía y un 19% adicional se va a relacionar con la edad de comienzo que va a presentar un coeficiente β de 0.01.

En este sentido podemos decir que clínicamente la melancolía, al ser definida por la aparición de determinados síntomas, donde mejor correlación mantiene es con el modelo de evaluación de Hamilton y no con ninguno de los otros parámetros ni evolutivos ni demográficos analizados en esta muestra.

TABLA LV

Cálculo de regresión lineal.

DURACION DEL INGRESO					
VARIABLE	COEFICIENTE	MULTIPLE		CHANGE	F TO
(Y-INTERCEPT)	43.84959	R	RSQ	IN RSQ	ENTER
Nº EPIS. DEP. HOSP.	7.19980	0.6540	0.4277	0.4277	6.97
TIEMPO EVOLUCION	-0.13792	0.7881	0.6211	0.1934	5.61
TIEMPO EVOLUCION					
	119.25827				
DURACION DEL INGRESO	-2.00062	0.6503	0.4229	0.4229	8.79

8. GRUPOS DE RIESGO

Distinguiendo dos grupos, aquellos con síntomas psicóticos y otros sin síntomas psicóticos, nos encontramos con que el nivel de adaptación en el último año es significativamente mayor en el grupo de pacientes con sintomatología psicótica congruente e incongruente (presentan 3.15 en la variable 159 que es significativamente distinta de ~~el~~ resto de los grupos).

Los pacientes con síntomas psicóticos respecto al resto de los grupos, no se diferencian en la prueba de la t de Student en ninguna de las demás características analizadas por nosotros.

Al analizar los pacientes que toman timoreguladores y que toman antidepresivos al comienzo de la fase, podríamos decir que aquellos que toman timorreguladores son pacientes bipolares que siguen correctamente el tratamiento de estabilización y por otro, que los pacientes que están tomando antidepresivos y que de nuevo inician una fase, son pacientes que no han acabado de curar y que por lo tanto podríamos denominar depresiones crónicas. Nos encontramos con que pacientes sin toma de antidepresivos ni timorreguladores son 12 casos, pacientes sin antidepresivos y con timorreguladores son 14 casos, pacientes con antidepresivos y sin timorreguladores 29 y que toman ambas cosas 8 casos.

Al analizar por todas las variables cuantitativas nos encontramos que, el número de hospitalizaciones es significativamente menor en el grupo de depresiones encronizadas monopolares sin consumo de timorreguladores. El promedio de hospitalizaciones es estadísticamente distinto del grupo que sí que toma timorreguladores que serían los 14 bipolares con la diferencia de 0.38 frente a 4.07.

Agrupando a los pacientes que tienen desajuste social, esto es, mal soporte y cambios o tensión en los últimos meses, nos encontramos que tan solo en el número de hospitalizaciones se van a diferenciar, siendo homogéneos en el resto de las variables analizadas.

Aquellos que tienen buen ajuste social y falta de acontecimientos en los últimos doce meses, no se diferencian de los distintos grupos que la combinación de los ejes IV y V del DSM-III nos aportan y por lo tanto no podemos establecer una relación directamente proporcional de las variables cuantitativas con estos dos ejes del DSM-III.

Finalmente nos encontramos que no es posible delimitar grupos de riesgo al fragmentar por las variables cuantitativas y que en la *t* de Student y en la regresión múltiple no se identifican en nuestra muestra peculiaridades de riesgo más manifiestas que el análisis descriptivo que previamente ya habíamos realizado.

V. DISCUSSION

1. ASPECTOS GENERALES

El conjunto de 100 enfermos analizado por nosotros, son una muestra representativa del total de hospitalizaciones de una unidad de agudos de un hospital general. El motivo de elegir pacientes hospitalizados no desvirtua las peculiaridades de este estudio, que es la evolución de un episodio depresivo ya que no prejuzga el que otros pacientes depresivos evolucionen de forma distinta y como vamos a ver en la discusión, es posible sospechar sobre estos resultados que la generalización de lo que aquí presentamos puede abarcar también a enfermos ambulatorios que nunca van a ser hospitalizados.

La validez de este estudio es intrínseca y se refiere a esta población de referencia: pacientes hospitalizados. Sin embargo como luego veremos, nuestra experiencia al comparar estos datos con los de pacientes ambulatorios en otros estudios realizados tanto en nuestro departamento como en diversos ambulatorios de la Seguridad Social, hacen pensar que la evolución del episodio depresivo que aquí describimos va a ser replicada en estudios con muestras de procedencia diferente.

Nuestro trabajo ha pretendido describir la realidad clínica con la que nos enfrentamos todos los días con estos enfermos graves, intentando responder los interrogantes que el tratamiento de la depresión plantea en el momento actual y como la evolución del episodio depresivo va a venir marcado por

factores personales, factores diagnósticos, pero sobre todo, factores ligados a la intervención fundamentalmente del psiquiatra, ya que este especialista es el que va a tratar a este subgrupo de depresiones que por su gravedad y por su peculiaridad clínica hemos elegido como base de nuestra investigación.

La decisión de separar estos enfermos en tres grupos, viene marcada por sus peculiaridades: los enfermos bipolares empiezan antes cronológicamente y por lo tanto el comienzo de la enfermedad se da en edades más tempranas. Van a presentar mayor número de episodios, mayor número de hospitalizaciones, mayor carga familiar a todos los niveles, pero fundamentalmente de depresión y la sintomatología va a ser mayoritariamente melancólica.

Los pacientes de primer episodio estudiados por nosotros, si que creemos que son pacientes peculiares en los que predominan la sintomatología psicótica, con edad de inicio de la enfermedad en épocas intermedias de la vida y podemos presumir que se colocan a caballo entre los bipolares y los recurrentes, por lo que nuestra previsión es que evolucionarán hacia uno u otro grupo en el futuro. Quizá la fuente-selección de datos, el ser un centro clínico hospitalario, va a condicionar peculiaridades en este grupo de primer episodio, en el que la representatividad va a ser más dudosa, ya que los que llegan a este eslabón son fundamentalmente los que tienen un peor pronóstico o una sintomatología más peculiar como

defendemos en esta discusión y es la sintomatología psicótica la que va a hacer que estén hiperrepresentados estos pacientes en nuestra muestra.

Finalmente los pacientes recurrentes van a tener representación en todos los grupos y nos vamos a encontrar que la proporción de antecedentes familiares de alcoholismo es superior al resto de la muestra analizada.

Entrando en la discusión , la desarrollaremos en cinco aspectos:

En primer lugar, defendiendo la heterogeneidad de la muestra estudiada por nosotros, que va a tener una evolución muy diversa en tanto el cuanto al tiempo transcurrido hasta consultar con el médico y la duración de la hospitalización. De tal manera que, la dificultad de comparación va a venir marcada, por el gran número de tratamientos a los que los pacientes son sometidos y las múltiples peculiaridades que hacen que no hayamos podido identificar unos perfiles de riesgo, que creemos que a su vez no es posible hacerlo, porque la heterogeneidad está en sí misma en las peculiaridades del sistema sanitario en que nos estamos encontrando.

En segundo lugar, habría que hablar sobre los casos de tratamiento inadecuado y la necesidad de conocer mejor los tipos de tratamiento a realizar por los médicos, sobre todo a nivel de medicina general, donde deberían enfocarse una gran proporción de estos enfermos.

En tercer lugar, la hospitalización es un acontecimiento muy difícil de prevenir y que va a venir marcada por múltiples factores: los antecedentes de hospitalización previa serían el único factor que estaría en relación con la duración de la hospitalización pero no con el mero hecho de la misma, que a su vez no se relaciona con ninguno de los parámetros clínicos analizados.

En cuarto lugar veremos que el pronóstico está en relación al tratamiento y que por lo tanto en la medida en que los pacientes estén mejor tratados, la evolución clínica va a ser más favorable.

Finalmente diremos que la hospitalización es la vía de tratamiento más accesible y frecuente en nuestro medio. De tal manera que casi todos los enfermos vistos en nuestro servicio ambulatorio han sido en algún momento determinado hospitalizados, dado que en él, se realiza el seguimiento de este grupo de enfermos, que son de los pocos que pueden ser asistidos dentro de la Seguridad Social ya que carece de recursos ambulatorios suficientes.

Además, el hecho de que exista una lista de espera de casi dos meses en nuestras consultas externas, hace que de hecho el seguimiento de pacientes nuevos no se pueda realizar y que el método de tratamiento más rápido para los casos de inicio sea en muchas ocasiones la hospitalización, que va a permitir en breves días poder seguir y estudiar a los pacientes desde muy distintos puntos de vista.

Desde el punto de vista administrativo, también nuestro hospital favorece el que las exploraciones complementarias, que en muchos casos como en los enfermos bipolares hay que realizar, se puedan hacer de forma homogénea y rápida y no con la gran dificultad que presenta el medio ambulatorio.

Muchos casos nuevos no pueden ser asistidos en las consultas regulares porque están sobrecargadas y tienen que ser remitidos a urgencias donde a su vez son orientados hacia la hospitalización para recibir tratamiento cuanto antes.

Desde nuestro punto de vista, la hospitalización no es un índice de gravedad, es un tipo de tratamiento que se ha demostrado muy efectivo en algunos casos y por lo tanto, es la elección sobre todo de un grupo de pacientes bipolares, en muchos casos para estudio clínico o biológico y desde luego, es un eslabón general en el seguimiento de unos subgrupos de enfermos en este medio de tratamiento, al igual que posiblemente en otras plantas, van con mayor frecuencia a recibir a través de la admisión en el hospital, una serie de medidas terapéuticas que en el 100% de los casos van a ser beneficiosas.

TRATAMIENTO INTERCRISIS: el grupo que podríamos denominar de pacientes crónicos estaría constituido por 30 enfermos, esto es, un 30% del total de la muestra, que presentan en la intercrisis tratamiento antidepresivo a dosis mayores de 75 mg. diarios y que podríamos decir que son enfermos que no han

abandonado todavía el tratamiento previo del episodio anterior, pero que si que han mejorado de sintomatología clínica y por lo tanto mantienen esta estrategia terapéutica que hace que el paciente considere el reinicio de un episodio a pesar de que el psiquiatra todavía mantenga una dosis elevada de fármacos antidepresivos.

Cinco pacientes bipolares se encuentran sin tratamiento en el momento de iniciarse el episodio depresivo y dos pacientes clasificados como primer episodio ya tenían tratamiento cuando ellos ubican el inicio de su depresión, lo que puede hacer pensar que tenían sintomatología somática, por lo que el médico de cabecera había iniciado un tratamiento antidepresivo, que fue el inicio del episodio que aquí hemos estudiado.

El grupo de pacientes depresivos recurrentes es el que mayoritariamente va a estar representado entre los que no tienen tratamiento farmacológico durante la intercrisis.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: el conjunto de 100 enfermos, nos llama la atención como 41 acuden directamente a urgencias y 59 acuden a distintos especialistas: de ellos, el 18% lo hacen al médico de cabecera y al psiquiatra, en resumen, tan solo el 46% del total. Curiosamente del conjunto de 18 enfermos que acuden al médico de cabecera, un 30% son los pacientes que luego van a ser diagnosticados de primer episodio de sintomatología depresiva.

Aquí podríamos definir otra de las peculiaridades de nuestro estudio, ya que la proporción de pacientes que utilizan el servicio de urgencias va a venir marcada por unas peculiaridades demográficas y clínicas como son: el conocimiento de los tratamientos previos en el Centro o la insuficiente utilización del tratamiento ambulatorio, que nos remacha sobre la falta de comunicación entre los distintos eslabones de asistencia psiquiátrica y que nos llama la atención como, este es un tipo de muestra que es generalizable a los pacientes que acuden a un hospital general y en concreto, a una unidad de psiquiatría en un hospital general. La gran mayoría de los pacientes tienen un gran vínculo con el psiquiatra y recordemos que tan solo un 11% del total van a acudir al médico de cabecera, esto es el 18% del total de los que acuden a una estancia ambulatoria antes de acudir al hospital.

Ya en el análisis del tipo de tratamiento, existen coincidencias significativas en lo que a los distintos tipos de tratamientos recibidos por los enfermos a lo largo del tiempo se refiere: el 25% de las personas que inician un primer, segundo y tercer tratamiento ambulatorio no tienen tratamiento antidepresivo (similar a Kotin y col, 1973), frente a tan solo un 4% de los que son tratados en el hospital.

Un 10% de los que inician un primer tratamiento lo hacen a dosis inefectivas, pero curiosamente ya tratados solo por el psiquiatra, un 27% de los que inician un segundo tratamiento,

no tienen dosis efectivas. Curiosamente, esta cifra se mantiene en los que inician un tercer tratamiento antidepresivo, en los que una cuarta parte también tienen dosis bajas.

La duración correcta que podríamos establecer para un tratamiento antidepresivo ambulatorio, tan solo se da en el 10% de aquellos que reciben tratamiento antidepresivo y entre las causas de abandono tenemos que en un 70% va a ser la remisión al hospital, un 13% al cambio de dosis, un 4% a los efectos secundarios (similar a Johnson, 1973) y un 11% a otras causas.

El tanto por ciento de efectos secundarios en los distintos momentos de tratamiento analizados es muy estable, de tal manera que tan solo en un 6% es abandonado por los efectos secundarios durante el tratamiento hospitalario y un 9% durante el segundo tratamiento ambulatorio.

La decisión de hospitalizar la discutiremos más tarde y la decisión de iniciar ambulatoriamente un segundo tratamiento en el psiquiatra es muy difícil de predecir, estando en relación con características peculiares que no delimitan ningún grupo psicosocial característico.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO: ya en el régimen hospitalario nos encontramos con que el 17% de los pacientes cambian de tratamiento por no experimentar mejoría, tan solo un 1% padece inversión de fase y la proporción de 7% que reciben tratamiento con electroterapia va a ser similar al encontrado en otros estudios como veremos con posterioridad. Todos tienen dosis

terapéuticas y tan solo 6 enfermos de los 100 analizados por nosotros, van a tener el mismo tratamiento antidepresivo por menos tiempo que 15 días, la mayoría de ellos debido a altas tempranas al continuar el mismo tratamiento ambulatorio ya a dosis eficaces.

Como peculiaridad que corrobora experiencias de otros ámbitos geográficos, el tratamiento con antidepresivos tricíclicos se da en el 62% del total de los casos y las combinaciones de tricíclicos y tetracíclicos son claramente minoritarias en nuestra muestra.

El hecho de que el promedio de evolución con tratamiento sea de 3 meses (101 días), hace confirmar la hipótesis ya conocida de antiguo y descrita en la introducción por nosotros del acortamiento eficaz, real y manifiesto de la depresión con el apoyo de los médicos. De todas las maneras, la gran desviación standard que supera a la media, hace pensar que existen factores individuales que en nuestro modelo de regresión múltiple van a ser relacionadas sobre todo con el tiempo que el paciente tarde en acudir al médico.

Nuestro estudio confirma trabajos anteriores, tanto en nuestro centro hospitalario, como en otros centros similares del área geográfica de la ciudad de Madrid, publicados en los últimos años. La proporción de enfermos bipolares ha aumentado en los últimos años, estableciéndose esta cifra del 27% del

total de los cuadros, que podríamos denominar endógenos con la CIE-9 o trastornos afectivos mayores con el DSM-III, utilizando los criterios de correlación de diagnósticos empleados en nuestro estudio.

A su vez, la proporción de cuadros con sintomatología psicótica congruente e incongruente con el estado de ánimo es muy alta, llegando a ser del 33% del total de nuestra muestra.

Del conjunto de enfermos analizados por nosotros, llama la atención como el nivel promedio de estrés previo a la hospitalización es más bien alto y la adaptación previa en el último año es media. Siendo el grupo de pacientes con melancolía los que mayoritariamente sufren una desadaptación más intensa; sin embargo, aun siendo minoritario el grupo de enfermos sin melancolía, va a ser el que en condiciones globales represente una peor adaptación socioambiental en el año previo a la enfermedad.

La edad promedio de nuestra muestra es similar a otras publicadas en nuestro medio y claramente hemos decidido dividir los enfermos en tres grandes grupos como consecuencia de las peculiaridades clínicas que cada uno de ellos presentan

Así los enfermos bipolares presentan en un 25% antecedentes psiquiátricos familiares, una carga dos veces



superior a la del resto de los enfermos y a su vez van a tener unas peculiaridades de comienzo, de evolución episódica y de necesidades de tratamiento hospitalario y ambulatorio mucho más frecuentes que el resto de los pacientes de nuestra muestra.

La proporción de mujeres de nuestra muestra es sensiblemente superior a otras publicadas en trabajos anteriores, lo que se debe por un lado a los criterios de exclusión de patología concomitante y a la pureza de los criterios diagnósticos empleados por nosotros, que han dado como resultado la decantación hacia grupos de depresión mayor muy claros con cuadros clínicos muy completos.

Un indicador de gravedad de nuestra muestra es el hecho de que el promedio de evolución de la enfermedad es de al menos catorce años y que el número de episodios depresivos por los que han pasado el conjunto de nuestros pacientes es de más de cuatro.

Si bien desde el punto de vista demográfico podemos afirmar que existe una heterogeneidad, esta es representativa de lo que habitualmente se trata en la unidad de psiquiatría del Hospital Clínico de San Carlos, que a su vez representa a las unidades de agudos en el medio psiquiátrico español y posiblemente todo ello en un contexto de Seguridad Social o de seguros obligatorios de enfermedad.

2. DISCUSION SOBRE LOS TRATAMIENTOS RECIBIDOS

El 63% del total de nuestra muestra estaba consumiendo fármacos al comienzo de la enfermedad y curiosamente casi la mitad consumían antidepresivos. De estos, un 20% de los pacientes lo hacían a dosis ineficaces por lo que podemos presumir que, o bien estaban disminuyendo tratamiento en la terminación de episodios depresivos anteriores, o bien lo estaban tomando por un motivo distinto al de sufrir patología depresiva. De todas las maneras, la proporción de treinta enfermos con antidepresivos en dosis altas en el momento de comenzar el episodio, nos hace pensar que son enfermos que estaban saliendo de un episodio depresivo anterior, que ya permanecían asintomáticos durante una temporada y que han recurrido y que por lo tanto podríamos considerarlo como cuadros depresivos cronificados desde este punto de vista.

La combinación de fármacos es también frecuente en la línea intercrisis destacando como tan solo el 50% de los enfermos bipolares estaban en tratamiento profiláctico con sales de litio.

Nuestro estudio tiene las características de un estudio prospectivo no concurrente ya que, asumiendo la curación clínica en el momento del alta hospitalaria, situación esta más frecuente en las mujeres (otra de las causas de sobrecarga de este sexo en nuestra muestra), hace que hayamos podido seguir

durante más de tres meses a este conjunto de cien enfermos deprimidos.

Durante más de dos meses estos enfermos van a seguir tratamiento ambulatorio aunque de forma irregular y con un acercamiento al médico de cabecera en una pequeña proporción de casos, tratamiento psiquiátrico ambulatorio en otros, pero en la gran mayoría de ellos sin ningún tratamiento médico. Lo que nos deja ver como el servicio de urgencia y el nivel de hospitalización en este sistema sanitario, sigue siendo un eslabón clave del tratamiento de una gran proporción de enfermos tanto nuevos como conocidos, que no encuentran en el ámbito ambulatorio la adecuada respuesta a los problemas que ellos padecen.

Quizá esta falta de respuesta pueda tener algo que ver con las experiencias previas de respuesta clínica a los tratamientos, que tanto los médicos de cabecera como los psiquiatras ambulatorios les pudieron proponer, ya que si analizamos las dosis prescritas o el tiempo de duración de los fármacos antidepresivos propuestos, veremos como no es desdeñable la proporción de casos en los que el efecto terapéutico desde el punto de vista farmacológico era muy difícil de esperar.

Un dato de especial atención es como, de los que no acuden al médico y llegan directamente al eslabón hospitalario, una proporción de más del 50% estaban consumiendo psicofármacos y

por lo tanto sin una prescripción directa de un especialista, muchas veces como consecuencia de una hospitalización previa o de tratamientos muy prolongados en los que se ha perdido el control y el seguimiento por parte del médico, tanto de las dosis como del tipo de producto, así como de las combinaciones, con el riesgo de los efectos secundarios y de las intoxicaciones y desde luego del uso ineficaz de la gran mayoría de ellos.

Tan solo un 20% de los pacientes acudieron al médico de cabecera y la gran mayoría, casi el 80% fueron vistos por el psiquiatra en los dos primeros meses de evolución del episodio depresivo.

Frente a lo que sabemos por los datos epidemiológicos, en nuestra muestra son los psiquiatras los que mayoritariamente van a ver a estos enfermos y esto nos va a dar una idea de como estos son un subgrupo de enfermos de especial gravedad, que va a ser habitualmente atendido dentro del sistema sanitario con las limitaciones que esto conlleva, pero va a ocultarnos la gran proporción de enfermos depresivos que pasan por el médico general sin llegar a ser diagnosticados. Practicamente se invierten las cifras esperadas sobre incidencia y prevalencia de enfermedad depresiva y el hecho de que la gran mayoría de los casos proceden del psiquiatra, nos hace marcar una peculiaridad de esta muestra que pensamos obedece a la gravedad

de la sintomatología, a la evolución de la enfermedad y del mismo episodio depresivo.

Sin embargo un 30% de los enfermos que llegan a un segundo tratamiento antidepresivo, del conjunto de catorce enfermos con un segundo tratamiento ambulatorio, van a recibir dosis infraterapéuticas, situación esta que pensamos se debe al cambio de médico en alguno de los casos.

El factor que tras dos meses de evolución del episodio depresivo condiciona la llegada al hospital, va a ser en un 40% de los pacientes la gravedad del cuadro o la presencia de sintomatología delirante y en otro 40% el riesgo de suicidio, siendo una miscelanea la que completa nuestra casuística, como se ha demostrado en el apartado correspondiente.

En la escala de Hamilton nos encontramos unos índices de gravedad altos, siendo la media de 32 puntos.

En nuestro hospital son sometidos practicamente la totalidad de los enfermos a un tratamiento correcto, que siguen durante un tiempo adecuado mejorando en la gran mayoría de los casos.

Del conjunto de siete pacientes que podríamos considerar que son tratados durante un tiempo opinable, tenemos que la supresión precoz del tratamiento antidepresivo se debe a

efectos secundarios del fármaco o por mejoría clínica en alguno de los casos, continuando un tratamiento farmacológico ambulatorio que hace que pueda disminuirse las dosis antes de lo previsto, al continuar una pauta que previamente ya había sido indicada y que durante la estancia hospitalaria precozmente se muestra eficaz.

La predilección por los tricíclicos es evidente en nuestra muestra (62%), siendo seguidos en una proporción del 32% por los antidepresivos tetracíclicos; asociándose frecuentemente con tranquilizantes menores y en los enfermos delirantes con neurolepticos.

Los timorreguladores se van a utilizar en 26 pacientes y en casi un 65% de ellos van a ser las sales de litio.

La utilización de ECT se confirma que va a variar entre un 2 y un 5% del total de los enfermos ingresados, quizá estando discretamente hiporrepresentado en nuestra muestra respecto a los datos publicados por Peral en 1988.

El total de casos analizados en este estudio, son enfermos cuyo episodio depresivo mejoró por lo tanto en la evolución clínica del mismo; el tratamiento recibido se mostró efectivo en un tiempo máximo de tres meses de evolución del mismo y con una media de duración del ingreso de 32 días, un poco más elevada del promedio de la unidad de hospitalización parcial del Hospital Clínico.

3. HETEROGENEIDAD DE LA MUESTRA

En líneas generales podríamos deducir que la evolución del episodio depresivo en nuestra muestra, no coincide con los datos esperados por la lectura de la literatura mundial y que las peculiaridades hay que contemplarlas en función del sistema sanitario en que la asistencia psiquiátrica de este hospital se centra.

Tenemos pues que los enfermos evolucionan espontáneamente durante un período de hasta cuatro semanas, que la proporción de tratamientos ambulatorios va a ser mayoritariamente ocupada por el psiquiatra y que la llegada al nivel hospitalario va a obedecer a causas de muy difícil predicción.

Por esto, los estudios de correlación o de análisis predictivos de nuestro trabajo no han sido lo espectaculares que hubieramos deseado, porque realmente la población es tan heterogénea, que van a influir tal cantidad de factores entre los que destacaremos los siguientes:

- 1) En primer lugar, el nivel educacional y la capacidad para seguir tratamiento ambulatorio o la comprensibilidad de las indicaciones del médico, parece ser que es un índice de seguimiento de tratamiento ambulatorio.

- 2) La aparición de delirio o bien de ideas de muerte reiteradas va a ser un índice de gravedad que en nuestro medio

va a dirigir a los enfermos directamente a la hospitalización del paciente.

3) La falta de soporte social y sobre todo la ausencia de trabajo o actividades de soporte socioambiental van a condicionar un ingreso hospitalario más rápido.

4) Finalmente, la historia previa de hospitalizaciones que se correlaciona altamente con el número de episodios depresivos, va a completar este espectro de características que van a inducir a una hospitalización más rápida y por lo tanto a una elección de esta fórmula de tratamiento dentro de nuestro sistema sanitario.

Esta heterogeneidad nos hace pensar en la necesidad de mejorar la coordinación entre los distintos servicios ambulatorios y hospitalarios, para poder ofrecer una asistencia de mayor calidad que no solamente haga frente a situaciones ya muy difíciles y ya muy evolucionadas, sino que realmente se integre de una forma armónica promoviendo la salud y evitando la evolución de los episodios para que no lleguen a niveles de gravedad como estos.

El capítulo donde especialmente nos llama la atención la heterogeneidad de la muestra es en el análisis de las correlaciones, que es más baja de lo esperado existiendo pues una probabilidad de evolución independientemente de la historia natural de la enfermedad, en la que confluyen elementos

multifactoriales, como ya se ha descrito en la introducción, característicos de las causas de los Episodios Depresivos Mayores.

En este sentido destacaremos que a mayor edad mayor posibilidades de hospitalización y que el número de episodios depresivos curiosamente va a estar en relación con el nivel socioeconómico, estableciéndose una correlación inversa entre el momento de acudir al médico y el nivel socioeconómico y una relación positiva entre la duración del ingreso y el número de hospitalizaciones por episodios depresivos previos.

Por este motivo y por el hecho de la extensión de nuestra casuística es difícil establecer correlaciones múltiples, al menos con el modelo de regresión utilizado por nosotros, siendo los tantos por ciento de explicación de la varianza detectados por nosotros realmente bajos y ligados a variables muy concretas. Así no es posible establecer ni una relación con la duración del ingreso, ni un tiempo de evolución aproximado en función de las variables clínicas y psicosociales analizadas por nosotros.

Existen pues multitud de factores que van a condicionar estos elementos, que van desde la personalidad premórbida, pasando por los desencadenantes concretos hasta llegar a los fallos y peculiaridades beneficiosas del sistema asistencial, frente al que cada enfermo ha de enfrentarse y en el que cada uno va a utilizar una serie de recursos concretos.

4. GRUPOS DE RIESGO

Finalmente, muchos otros trabajos han intentado demostrar la existencia de grupos de riesgo, siendo este uno de los esfuerzos especialmente realizado por nosotros y pormenorizados al final de la descripción de los resultados.

La aparición de síntomas psicóticos podría haberse encontrado relacionada con la edad y sin embargo para nosotros esta fundamentalmente vinculada a la ~~des~~adaptación previa en el último año.

El desarraigo social y la falta de vínculos significativos va a ser uno de los elementos con ~~mayor~~ frecuencia presentes en los episodios depresivos con sintomatología delirante.

Tampoco podemos establecer un perfil de cuales son los enfermos candidatos a tomar timoestabilizadores, ya que podríamos decir que va a depender del médico al que acudan y al tipo de reacciones secundarias o de mecanismos de evaluación de las mismas que ese médico tenga, ya que la proporción de enfermos bipolares con timoestabilizadores es pequeña.

Al igual que en otros estudios concluimos pues, que es muy difícil delimitar grupos de riesgo en una población tan heteroogenea, representativa de una situación asistencial concreta, en la que los mecanismos de ingreso van a estar condicionados por tantos factores, que es difícil hacer predicciones al comienzo del episodio sobre la probabilidad de que un enfermo acuda o no a este estamento o eslabón sanitario.

5. DISCUSION SOBRE LA HOSPITALIZACION

Entendemos pues que la hospitalización no es ni mucho menos un índice de gravedad, en algunos casos va a estar mediatizada por la gravedad del cuadro, pero la gran mayoría de ellos va a ser un recurso de ofrecimiento de tratamiento antidepressivo correcto, que quizá no esté tan a la mano de los medios ambulatorios.

En nuestro medio, la hospitalización es una garantía de buen tratamiento, pero no es una garantía del único tratamiento o del tratamiento específicamente ligado a casos muy graves.

Si unimos la falta de servicios hospitalarios y la carencia de unidades de agudos en la ciudad de Madrid y vemos como la finalidad de estas unidades es múltiple, esto es, atiende a enfermos que podrían ser tratados ambulatoriamente porque los índices de gravedad por lo que los enfermos llegan no justifican la hospitalización sin más, sino que justifican un tratamiento ambulatorio correcto. Nos encontramos con que la hospitalización no es un eslabón de una cadena sino que es un punto de referencia en donde a los enfermos se les trata bien, donde se producen curaciones espectaculares, donde se producen respuestas positivas a los tratamientos y por lo tanto donde mejoran los enfermos; pero que no excluye en alguna medida, que estos enfermos hayan podido ser curados y mejorados en el tratamiento ambulatorio.

En este sentido podríamos inferir que, el hecho de que la mitad de los episodios hayan requerido hospitalización es una cifra desmedida y que esta hospitalización solamente se explica en tanto en cuanto es la forma en la que en este sistema, estos enfermos van a recibir un tratamiento correcto.

Es una carencia del sistema ambulatorio, es una dificultad con la que los médicos se encuentran la que hace que las hospitalizaciones se sobrecarguen con un grupo de enfermos que podrían recibir tratamiento en otro medio y por otro lado que no lleguen al hospital los que quizá pudieran ser beneficiarios genuinos de un tratamiento de estas características.

Nos enfrentamos a la imposibilidad de definir una historia natural de la enfermedad y a la imposibilidad en el momento actual y con los datos presentes de establecer unos criterios de indicación. Podemos establecer una reflexión respecto a los puntos siguientes:

- 1) En primer lugar, los Episodios Depresivos Mayores tienen buen pronóstico con tratamiento apropiado y este buen pronóstico va a estar ligado en la mayoría de los casos a un tratamiento antidepresivo correcto.

- 2) Solamente una pequeña proporción de enfermos van a seguir el mismo tratamiento antidepresivo en el nivel hospitalario y ambulatorio, pudiendo aducirse que el aislamiento del medio, que el hecho de la hospitalización, que las medidas de atención en las 24 horas, sean las causas fundamentales de su mejoría y que por lo tanto, o bien sean

resistentes al tratamiento farmacológico o bien no puedan llevarlo bien a cabo en su medio familiar de convivencia o bien requieran esa ayuda o complementariedad de la hospitalización, pero insisto que la proporción es menor del 10% de los casos.

3) Una pequeña proporción de casos, tan solo una sexta parte, va a requerir un 2º tratamiento hospitalario, esto es, la gran mayoría de las veces ese tratamiento farmacológico que ha sido efectivo en el medio hospitalario, podría haberlo sido en el medio ambulatorio y por lo tanto los cuadros resistentes, los cuadros que podríamos decir especialmente difíciles o crónicos, se limitan a tan solo un 17% del total de la muestra (similar a Kielholz, 1984) y del conjunto de enfermos, solamente un 2% ha requerido técnicas especiales como podrían ser la electroterapia; considerando en conjunto que el total de enfermos ha remitido y por lo tanto, por esta característica, han sido integrados en este estudio.

4) Pero que en un conjunto de quince años de seguimiento un 27% de enfermos sean bipolares creemos que coincide con los datos de la literatura, pero que posiblemente este capítulo se enriquecerá en el futuro como se ha enriquecido ya en los últimos cinco años con los diagnósticos epidemiológicos de nuestro hospital. Es evidente que la bipolarización conforme el seguimiento de los enfermos aumenta es un hecho y que la proporción de estos enfermos, con los beneficios del tratamiento profiláctico que su diagnóstico conlleva, va a ser

cada vez más frecuente en nuestro medio y esto debe tenerse en cuenta tanto a nivel hospitalario como ambulatorio.

6) Finalmente hace falta una colaboración que haga que por un lado se descargue de presión de trabajo el medio hospitalario y que por otro se reubique y potencie los tratamientos ambulatorios, que en nuestro criterio van a ser los más efectivos y los que de verdad justifican las mejorías clínicas de estos enfermos al menos considerado desde las perspectivas de este trabajo

7) El que pacientes con delirio mejoren sin ningún tratamiento especial y tan solo una proporción pequeña con tratamiento combinado entre neurolépticos y antidepresivos, nos hace pensar a su vez que no es una indicación de ingreso la aparición de delirio sino que muchas veces este delirio de culpa, ruina o hipocondría va a poder también ser tratado con un buen abordaje de los familiares y con una buena colaboración de su parte.

8) El hecho de que el promedio de hospitalización sea de 32 días muchas veces va a estar debido a ese retraso en la reintegración social que va a venir marcado por la susceptibilidad de los familiares de los enfermos, en el desconocimiento de la evolución de la enfermedad y en el desconocimiento de las peculiaridades clínicas de la misma. Es pues un buen y correcto apoyo familiar lo que indudablemente logrará colaborar en el tratamiento ambulatorio, pero también reducir el tiempo de hospitalización de estas muestras.

VI. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1.- La depresión es una enfermedad de buen pronóstico dentro de la medicina.

2.- Los tratamientos antidepresivos son efectivos. El 62% mejoran con tricíclicos.

3.- El acudir pronto al médico especialista mejora el pronóstico evolutivo del episodio depresivo, reduciendo la duración del mismo.

4.- La gravedad de la sintomatología depresiva y las repercusiones clínicas y sociales que conlleva, requieren insistir todas las veces que sea necesario, sobre la necesidad de formar a los médicos generales para colaborar con los psiquiatras, en una efectiva orientación de los enfermos, para que reciban el tratamiento correcto que en estos 100 enfermos afirmamos que se ha recibido.

5.- En nuestro medio, la hospitalización es una garantía de buen tratamiento, pero no es una garantía del único tratamiento o del tratamiento específicamente ligado a casos muy graves.

6.- Nos encontramos con que la hospitalización no es un eslabón de una cadena sino que en muchas ocasiones es donde se mejoran o curan pacientes que podrían haber obtenido los mismos resultados con un tratamiento ambulatorio correcto.

7.- Un tercio del total de pacientes hospitalizados son depresiones encronizadas.

8.- Un tercio del total de pacientes hospitalizados por depresión presentan síntomas delirantes.

9.- La carga familiar de psicopatología depresiva afecta al 25% de pacientes bipolares y evolutivamente se caracterizan por comienzo precoz, mayor número de recaídas y mejor pronóstico en cada episodio.

10.- Un 63% de pacientes, recibían prescripción psicofarmacológica previamente al inicio del episodio depresivo actual.

11.- Solo un quinto de los pacientes hospitalizados que siguieron tratamiento ambulatorio lo hicieron inicialmente con el médico de cabecera.

12.- El 25% de los pacientes que iniciaron tratamiento ambulatorio, no recibieron fármacos antidepresivos.

13.- De los que recibieron tratamiento antidepresivo, entre un 10 y un 25% lo hicieron a dosis ineficaces y tan solo un 10% con una duración correcta.

14.- El número de cambios farmacológicos recibidos durante un episodio depresivo está en relación con: el nivel educacional, la aparición de delirio, el soporte social y la historia previa de hospitalizaciones.

15.- La aparición de delirios se asocia con desarraigo social menor.

VII. BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

AKISKAL, H.S.; KING, D.; ROSENTHAL, T.; ROBINSON, D.; SCOTT-STRAUSS, A.: Chronic depressions: Part I. Clinical and familial characteristics in 137 probands. *Journal of Affective Disorders*, 3: 297-315. 1981.

AKISKAL, M.S.; WALKER, P.; PUZANTIAN, V.R.; KING, D.; ROSENTHAL, T.L.; DRAXON, M.: "Bipolar outcome in the course of depressive illness". *J.of Affect. Disorders* 5: 115-128. 1983.

AKISKAL, H.S.: "Diagnosis and classification of affective disorders: new insights from clinical and laboratory approaches". *Psychiatric Developments*, 1, 123-160. 1983.

AKISKAL, H.S.: A proposed approach to chronic and "resistant" depressions: evaluation and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 32-36. 1985.

ALONSO-FERNANDEZ, F.: *Compendio de psiquiatría*, 1ª edición. Ed. Oteo, pag. 359-380. Madrid, 1978.

ALONSO-FERNANDEZ, F.: *Fundamentos de la psiquiatría actual*, 4ª edición, tomo II, pags. 227-305. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1979.

ALONSO-FERNANDEZ, F.: Concepto y clasificación del Síndrome depresivo. *Pathos*, nº 65. pags. 15-28. 1984.

ALONSO-FERNANDEZ, F.: "La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico". Ed. Labor, 1988.

ANGST, J.: Classification and prediction of outcome of depression. Schattaver, Stuttgart, 1974.

A.P.A.: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III). Masson, 1983.

A.P.A.: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III Revisión). Masson, 1983.

AYD, F.J.: Continuation and maintenance doxepin (Sinequan) therapy: ten years' experience. *International Drug Therapy Newsletter* 14: 9-16, 1979.

AYUSO, J.L.; RAMOS BRIEVA, J.: Las depresiones en la clínica ambulatoria y su tratamiento. *MO de Sanidad y Consumo*, 1984.

AYUSO, J.L.; SAIZ, J.: Las depresiones: nuevas perspectivas clínicas, etiopatogénicas y terapéuticas. Ed. Interamericana. 1981.

BAASTRUP, P.C.; POULSEN, J.C.; SCHOU, M.; THOMSEN, K.; ANDISEN, A.: Lancet 2: 326-330. 1970.

BALLUS, C.: Comunicación en el Congreso de Psiquiatría Social en Madrid, 1984.

BALLUS, C. y GASTO, C.: Fármacos antidepresivos en el hospital general. Psicopatología, 6, 3 (235-242), 1986.

BROCKINGTON, I.F.; HELZER, J.E.; HILLIER, V.F.; FRANCIS, A.F.: "Definitions of depression concordance and prediction of outcome". American Journal Psychiatry, 139: 8. 1982.

BROWN, R.P.; FRANCES, A.; KOCSIS, J.H.; MANN, J.J.: Psychotic versus nonpsychotic Depression: Comparison of Treatment Response. The Journal of nervous and Mental Disease. vol. 170, No 10. pag. 635-637 (1982).

BROWN, G.W.; HARRIS, T.: Study of psychiatric disorders in women, London, Tavistock, 1978.

BROWN, G.W.; HARRIS, T.: "Social origins of depression". Tavistock Publications. Londres, 1982.

BUENO, J.A.: "Criterios de elección de antidepresivos". Diagnóstico y tratamiento de la depresión en los años 80. Ed. Universitat de Barcelona, pags. 269-277. 1983.

BULBENA, A.: Psicosis maniaco-depresivas y esquizoafectivas. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. pag. 629-670. 2ª edición. Salvat, 1985.

BULBENA, A.: Terapéuticas biológicas. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. pag.846-891. 2ª edición. Salvat, 1985.

CAMPAILLA, G.: Los psicofármacos antidepresivos y el suicidio. Psicopatología, 5, 2 (121-126), 1985.

CARBONELL MASIA, C.: Aspectos epidemiológicos y transculturales del Síndrome depresivo. Pathos, 65: 33-38, 1984.

CASSEL, J.: "An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology". Am. Journal Publ. Health 64: 1040-1043. 1974

CIVEIRA, J.; GOLDBERG, E.: Depressive symptoms in a Spanish community. 1983. *Int. académico Johns Hopkins University, Baltimore* 1983.

CIVEIRA, J.: Epidemiología de la depresión: Grupos de riesgo. 1986. Universidad Complutense

CIVEIRA, J.; CABETAS, M.; PAJARES, A.; AZCOITIA, B: Pronóstico de la depresión. 1986.

CIVEIRA, J.; SANCHEZ, L.; MARTIN, M.; ABRIL, A.; DIEZ, A.: Depresión en la mujer. Diferencias sintomatológicas en relación al climaterio. I Congreso Sociedad Europea Psiquiatría Social y VI Congreso Nacional de la Sepps. Madrid, 1987.

CIVEIRA, J.: Procedimientos diagnósticos para las depresiones. Comunicación a la Real Academia de Medicina. Tomo CV de los "Anales", cuaderno primero. 1988.

COMSTOCK, G.H.; HELSING, K.J.: "Symptoms of depression in two communities". Psych. Med. 6:551-564. 1976.

CONDE, V.; SANTIAGO-JUAREZ, J.A.: Evolución y pronóstico del Síndrome depresivo. Pathos, nº 65. pag.57-66, 1984.

CONDE, V.; SANTIAGO-JUAREZ, J.A.: Manejo de antidepresivos en la clínica psiquiátrica. Psicopatología, 6, 3: 253-269. 1986.

COPPEN, A.; PEET, M.; BAILEY, J.: Psychiatr. Neurol. Neurochir. 76: 500. 1963.

CORYELL, W.; TSUANG, M.T.: Primary unipolar Depression and the Prognostic Importance of Delusions. Archives of General Psychiatry. vol 39, pag. 1181-1184. Oct. 1982.

CUCHI DE LA CUESTA, C.: "Frecuencia de las depresiones en nuestros enfermos". en las "Depresiones en los enfermos somáticos". Mº Sanidad y Consumo, 1985.

CHAM, K.B.: "Individual differences in reaction to stress and their personality and situational determinants". Soc. Sci. Med. 11: 89-93. 1977.

CHODOFF, P.: The depressive personality: a critical review. Archives of General Psychiatry 27: 666-673. 1972.

DANIEL, M.L.; LINN, L.S.; WARD, M.; LEAKE, B.: A study of Physician Preferences in the Management of Depression in the General Medical Setting. General Hospital Psychiatry. vol. 8, nº 4, 229-235. Jul 1986.

DAVIS, J.M.: Antidepressant drugs. Comprehensive textbook of Psychiatry/IV. pag. 1513-1537. 1984.

DE LAS HERAS CALVO, J.: Estudio sobre el suicidio. Ed. Universidad Complutense, 1987.

DIXON, W.J.; BROWN, M.B.; ENGELMAN, L.; PRANE, J.W.; HILL, A.; JENNIRICH, R.J.; TOPOREK, J.D. (eds.): "BMDP Statistical Software". University of California Press. Berkeley, 1983.

EATON, W.W.; KESSLER, L.G.: "Rates of symptoms of depression in a national sample". Am. J. Epid. 114. 1981.

ECCLESTON, D.; SCOTT, J.L.; BARKER, W.A.: Pacientes con Depresión crónica: su perfil clínico y su tratamiento. Psicopatología (Madrid), 7, 3: 327-340. 1987.

ECCLESTON, D.G.: Treatment of resistant depression. International Clinical Psychopharmacology 1988.

EZQUIAGA, E.: Factores psicosociales y depresión. En: La depresión desde la perspectiva biológica. Jarpyo. 1987.

FLAHERTY, J. Y COLS: "The role of social support in the functioning in patients with unipolar depression". Am. J. Psych. 140: 4. 1983.

FRANCES, A.; BROWN, R.P.; KOCSIS, J.H.: Psychotic depression: A separate entity? Am. Journal Psychiatry, 138: 831-833, 1981.

FREYHAN, F.A.: Treatment resistant or untreatable? Comprehensive Psychiatry 19: 97-101. 1978.

GLASSMAN, A.K.; KANTOR, S.J.; SHOSTAK, M.: Depression, delusional and drug response. Am. J. Psychiatry, 132: 716-719, 1975.

GOLDBERG, E.L.; VAN NATTA, P.; COMSTOCK, G.W.: "Depressive symptoms, social networks and social support". Am. J. Epid. 121/3 (448-456). 1985.

GONZALEZ INFANTE, J.M.: Prevención y tratamiento del S. depresivo. Pathos, nº 65. pags. 67-75. 1984.

GOODWIN, F.K.; JAMISON, K.R.: "The natural course of manic-depressive illness". In Neurobiology of mood-disorders. Frontiers of clinical Neuroscience. Vol.1. 1983.

GROF, P.; ANGST, J.; HAINES, T.: "The Clinical Course of Depression: Practical Issues, en Classification and Prediction of Outcome of Depression (Edit. J. Angst). Stuttgart, F.K. Schattner Verlag, 1974.

GULLICK, E.; KING, L.: "Appropriateness of drugs prescribed by primary care physicians for depressed outpatients". Journal of Affective Disorders 1, 55-58, 1979.

HALLTRON, T.; PERSSON, G.: "The relationship of social setting to major depression". Acta Psych. Scand. 70: 327-336. 1984.

HAMILTON, M.: A rating scale of depression. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry; 23: 56-62. 1960.

HERRERO, L.: El diagnóstico clínico-biológico de los estados depresivos. Revista del Dpto. de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. Vol. VIII, julio-agosto 1981.

HOLLISTER, L.E.: Antidepresivos tricíclicos. Bibliografía Médica. vol. I, nº 2. pag. 27-39, 1981.

HUDGENS, R.W.; ROBINS, E.; DELONG, W.D.: "The reporting of recent stress in the live of psychiatric patients". Br. J. Psych. 117. 1970.

INSTITUTO REGIONAL DE ESTUDIOS: La asistencia psiquiátrica en régimen de hospitalización en Madrid: Un estudio prevalencia-dia. Cuadernos de trabajo. Conserjería de Salud y Bienestar Social. Comunidad de Madrid. 1984.

JOHNSON, D.: "Treatment of depression in general practice". Brit. Medical Journal, 2. 18-20, 1973.

JOHNSON, D.: "A estudio of the use of antidepressant medication in general practice". Brit. Journal Psychiatry, 125, 186-192, 1974.

KATON, W.; EGAN, K.; MILLER, D.: Chronic Pain: Lifetime Psychiatric Diagnoses and Family History. American Journal Psychiatry 142: 10. Oc 1156-1160 (1985).

KAY, D.W.K.; FAHY, T.; GARSIDE, R.F.: Br. J. Psychiatry, 117: 607-671. 1970.

KELLER, M.B.; KLERMAN, G.L.; LAVORI, P.W.; FAWCETT, J.; CORYLL, W.; ANDICOTT, J.: "Treatment Received by Depressed Patients". JAMA. Oct. 15, vol. 248, n° 15, 1848-1855. 1982.

KIELHOLZ, P.; TERZANI, S.; GASPAR, M. & ADAMS, C.: Zur Behandlung therapie resistenter Depressionen: Ergebnisse Medizinische Wochenschrift, 112, 1090-1095. 1982.

KIELHOLZ, P.: Frecuencia y tratamiento de la depresión resistente. Comunicación ante la Asoc. Mundial de Psiquiatría. Viena, 1984.

KELLER, M.B.; SHAPIRO, R.W.; LAVORI, P.W.: "Relapse in major depressive disorder. Analysis with the life table". Arch. Gen. Psych. 39/8 (911-915). 1982.

KELLER, M.B.; KLERMAN, G.L.; LAVORI, P.W.: "Long term outcome of episodes of major depression. Clinical and public health significance". J. Am. Med. Assoc. 252/6 (788-792), 1984.

KESSLER, K.A.: "Tricyclic antidepressants: Mode of action and clinical use" en "Psychopharmacology: A generation of progress" Ed. de M.A. Lipton, A Di Mascio y K.F. Killiam. Raven Press. 1289-1302. Nueva York, 1978.

KLERMAN, G.L.; DI MASCIO, A.; WEISSMAN, M.; PRUSOFF, B.; PAYKEL, E.S. Am. J. Psychiatry 131: 186-191. 1974.

KLERMAN, G.L.: Long-Term Treatment of affective disorders, in Psychopharmacology: A Generation of Progress. Edited by Lipton MA, Di Mascio A, Killam KF. New York, Raven Press, 1978.

KOTIN, J.; POST, R.; GOODWIN, F.: "Drug treatment of depressed patients referred for hospitalization". American Journal Psychiatry, 130, 1139-1141, 1973.

KOVACKS, M.; FEINBERG, T.L.; CROUSE-NOVAK, M.: "Depressive Disorders in Childhood II. A longitudinal study of the risk for a subsequent major depression". Arch. Gen. Psych. 41/9. 1984.

LEONARD, B.E.: Biochemical Aspects of Therapy-Resistant Depression. British Journal of Psychiatry, 152, 453-459. 1988.

LIPTON, M.A.; DI MASCIO, A.; KILLAM, K.F.: Psicofarmacología. pags. 1327-1477. Espax, 1982.

LLOYD, C.: "Life events and depressive disorders reviewed".
Arch. Gen. Psych. 37, 1980.

MANN, A.H.; JENKINS, R.; BELSEY, E.: "The twelve-month outcome
of patients with neurotic illness in general practice". Psych.
Med. (535-550), 1981.

MARTIN DEL MORAL, M.; SANCHEZ, L.; CIVEIRA, J.: "Epidemiología
depresiva en el Hospital Universitario de Madrid. II Jornadas
Europeas sobre Epidemiología Depresiva. Sevilla, 1987.

MCKINLEY, J.: "Social networks, lay consultation, and help
seeking behavior". Social forces 51 (275-292). 1973.

MENDLEWICZ, J.; FIEVE, R.R.; RAINER, J.D.; FLEISS, L.: Manic-
Depressive illness: A comparative study of Patients with and
without a family history. Brit. Journal Psychiatry 120, 523-
530. 1972.

MINDHAM, R.H.S.; HOWLAND, C.; SHEPERD, M.: Psychol. Med. 3:5-17
1973.

MINTER, R.E. and MANDEL, M.R.: The Treatment of psychotic major
depressive disorder with drugs and electroconvulsive therapy.
J. Nerv. Dis., 167: 726-733, 1979.

MITCHEL, R.E.; MOOS, R.H.: "Deficiencia en social support among depressed patients: antecedent or consequences of stress?". Jour. Health Soc. Behav. 25/4 (438-452). 1984.

MURPHY, E.: "The prognosis of depression in old age". Br. J. Psych. 142 (111-119), 1983.

NATHAN, R.G.; ROBINSON, D.; CHENEK, D.R.; DAVISON, S.; SEBASTIAN, S.; HACK, M.: Long-Term Benzodiazepine Use and Depression. Am. J. Psychiatry 142: 1, Ja 144-145 (1985).

NELSON, J.C. and BOWERS, M.B.: Delusional unipolar depression: Description and drug response. Arch. Gen. Psych., 35: 1321-1328, 1978.

O.M.S.: Manual de la clasificación internacional de enfermedades, lesiones y causas de muerte, vol. 1. pags. 186-230. 9ª edición. Ginebra, 1977. (CIE-9).

O.M.S.: Manual de la clasificación internacional de enfermedades, lesiones y causas de muerte. (CIE-10 borrador). Documento trabajo. Ginebra, 1988.

OCHSENFART, H.: Internat Med. Suppl. 10: 2, 1984.

PAJARES, A.L.: "Factores psicosociales y depresión". Tesina de licenciatura de la Univ. Complutense de Madrid, 1985.

PARKER, G.; TENNANT, C.; BLIGNAULT, I: "Predicting improvement in patients with non-endogenous depression". Br. J. Psych. 146: 132-139. 1985.

PAYKEL, E.S. y TANNER, J.: Psychological Medicine 6: 481, 1976.

PAYKEL, E.S.; HOLLYMAN, J.A.: "Life events and depression: a psychiatric view". Trends. Neurosci. 7/12. 478-481. 1984.

PERAL RIOS, B.: Uso de la terapia electroconvulsiva. Tesis doctoral Univ. Complutense de Madrid, 1988.

PEREZ DE FRANCISCO, C.: Therapy resistant depressions. International Pharmacopsychiatria: 14: 71-78. 1979.

PERSSON, G.: Acta Psychiatr. Scand., 48: 462-479. 1972.

PILISUK, M.; FROLAND, C.: "Kindship, social networks, social support and health". Soc. Sci. Med. 12 (273-280) 1978.

POST, F.: "The management and nature of depressive illness in late life: a follow-throught study". Br. Jr. Psy. 121. 393-404, 1972.

PRIEN, R.F.; KLETT, C.J.; CAFFEY, E.M.: Arch. Gen. Psychiatry, 29: 420-425. 1973.

PRIEN, R.F.; KUPFER, D.J.: "Continuation Drug Therapy for Major Depressive Episodes: How long should it be Maintained ?. Am. J. Psychiatry 143: 1, January, 1986.

QUITKIN, F.M.; RABKIN, J.G. y ROSS, D.: "Duration of antidepressant drug treatment. What is an adequate trial?". Arch. Gen. Psychiatry. 1984.

QUITKIN, F.M.; RIFKIN, A.; KLEIN, D.F.: Prophylaxis of affective disorders. Arch. Gen. Psychiatry 33: 337-341, 1976.

QUITKIN, F.M.; RIFKIN, A. & KLEIN, D.F.: Imipramine response in deluded depressive patients. American Journal of Psychiatry, 135, 806-811, 1978.

ROBERTS, R.E.; STEVENSON, J.M.; BRESLOW, L.: "Symptoms of depression among black and whites in an urban community". J. of Nerv. and mental Dis. 169/12. 1981.

ROSE, S.P.; GLASSMAN, A.H.; WALSH, B.T.; WOODRING, S. Tricyclic Nonresponders: Phenomenology and Treatment. Am. J. Psychiatry 143: 3, Mar 345-348. 1986.

ROY, A.: Brit. J. Psychiat. 133: 106. 1978.

SAINSBURY, P.: Depression and Suicide Prevention. Bibl. Psychiat. 162, 17-32. 1982.

SAIZ RUIZ, J.; MARTIN CARRASCO, M.: La segunda generación de antidepresivos. En: La depresión desde la perspectiva biológica. Jarpyo, 1987.

SANCHEZ PERRUCA, L.: "Psicopatología de la mujer. Sintomatología depresiva y su relación con el climaterio". Tesina de licenciatura. Universidad Complutense de Madrid, 1986

SANCHEZ PERRUCA, L.; ABRIL GARCIA, A.; MORENO SARMIENTO, A.; CIVEIRA MURILLO, J.M.: Estudio epidemiológico y clínico del síndrome depresivo en la edad geriátrica, 1987.

SARTORIUS, N.: "ICD-10 and depression". En "Psychiatry the State of de Art". Plenum Press. London, 1986.

SCHULBERG, H.C.; McCLELLAND, M.: A Conceptual Model for Educating Primary Care Providers in the Diagnosis and Treatment of Depression. Gen. Hosp. Psychiatry 9: 1-10, 1987.

SEAGER, C.P.; BIRD, R.L.: J. Ment. Sci. 108: 704-707. 1962.

SERRALLONGA PARREU, J.: "ICD-9 y DSM-III". En: Diagnóstico y tratamiento de la depresión en los años 80. Ed. Universitat de Barcelona. 1983, 13-30.

SEVA DIAZ, A.; CIVEIRA, J.: "Análisis higiénico-sanitario de la salud mental de Soria". Ed. Publ. excma. Diputación de Soria, 1982.

SEVA DIAZ, A. y col: El alma del asfalto. Ayto Zaragoza. 1983.

SHADER, R.L.; GREENBLATT, D.J.: A thought about relapses in depression (editorial). Journal Clin. Psychopharmacol 3: 1, 1983.

SHAPIRO, R.W.; KELLER, M.B.: "Initial six-month follow-up of patients with major depressive disorder". J. Affect. Dis. 3 (205-220), 1981.

SOWA, C.J.; LUSTMAN, P.J.: "Gender defferences in rating stressfull events, depression and depressive cognition". J. Clin. Psychol. 40, 6, 1984.

SPIKER, D.G.; WEISS, J.C.; DEALY, R.S.; GRIFFIN, S.J.; HANIN, I.; NEIL, J.F.; PEREZ, J.M.; ROSS, A.J. & SOLOFF, P.H.: The pharmacological treatment of delusional depression. American Journal of Psychiatry, 142, 430-436.

STOUDEMIRE, A.; FRANK, R.; HEDEMARK, H.; KANLET, M.; BLAZER, D.: The Economic Burden of Depression. General Hospital Psychiatry 8: 387-394, 1986.

TELLENBACH, H.: La Melancolía. Madrid, Morata. 1975.

TENNANT, C.; BEBBINGTOB, P.; HURRY, J.: "The short-term outcome of neurotic disorders in the community. The relation of remission to clinical factors and to neutralizing life events". British Journal Psychiatry 139 (213-220), 1981.

TOLSOORF, C.: "Social networks, support and coping: an exploratory study". Fam. Process 4: 407-417. 1976.

UGES, D.R.A. y NOTEN, J.B.G.M.: "The serum concentration of tricyclic antidepressants" en "The serum concentration of drugs". Ed. de F.W.H.M. Merkus. Excerpta Médica, 114-124. Amsterdam, 1980.

VALLEJO, J.: Estados depresivos. En: Introducción a la psicopatología y psiquiatría. pag. 582-628, 2ª edición. Salvat, 1985.

VELASCO-MARTÍN, A.; GONZALEZ MARTINEZ DE ZARATE, J.L.: Introducción a la psicofarmacología. Sandoz, S.A.E., pags. 69-89. Barcelona, 1981.

WARING, E.H.; PATTON, D.: "Marital intimacy and depression".
Br. Jour. Psych. 145 Dec. (641-645) 1984.

WEISSMAN, MM; KLERMAN, G.: "Epidemiology of mental disorder:
emerging trend in USA". Arch. Gen. Psych. 35. 1977.

WEISSMAN, M.M.; PAYKEL, E.S.: "The depressed woman: a study of
social relationships". Chicago Univ. of Chicago Press. 1978.

WEISSMAN, M.; MYERS, J.; THOMPSON, W.: "Depression and its
treatment in a US urban community". Arch. Gen. Psychiatry, 38,
417-421. 1981.

WEISSMAN, M.M.; WICKRAMARATNE, P.; MENKANGAS, K.R.; LECKMAN,
J.F.; PRUSSOFF, B.A.; CARUSO, K.A.; KIDD, K.K.; GAMMON, G.D.: On
set of Major Depression in Early Adulthood. Arch. Gen.
Psychiatry. vol. 41, Dec 1984.

WINOKUR, G.; MORRISON, J.: The Iowa 500: follow-up of 225
depressives. British Journal of Psychiatry: 123: 543-548. 1973.

WINOKUR, G.: "Depression: the facts". Oxford Univ. Press. 1981

WINOKUR, G.; CROWE, R.R.: "Bipolar illness". Arch. Gen. Psych.
40. 1983.